Vademecum în NEUROLOGIE

SAVA LĂZĂRESCU
RAUL BROȘTEANU
LEONIDA C. IOAN
NICOLAE MIHĂILESCU

SAVA LĂZĂRESCU
RAUL BROȘTEANU
LEONIDA C. IOAN
NICOLAE MIHĂILESCU

ÎN COLABORARE CU

DAN BEGU
CORNELIU LĂZĂRESCU

vademecum în NEUROLOGIE

EDITURA SCRISUL ROMÂNESC
CRAIOVA 1974

Scanned with OKEN Scanner

Prefață

Autorii, într-un compendiu ingenios prin latura alfabetică a tratării, cuprind esențele neurologiei pe care le expun cu competență științifică și succint, pentru a oferi cititorului din orice specialitate posibilitatea de a le rememora sau însuși cu ușurință și de a le folosi.

Prin conținutul ei cartea trece în revistă cele mai răspîndite aspecte de clinică neurologică și de semiologie paraclinică, căutînd a găsi calea utilului pentru oricare slujitor al medicinei și pentru orice moment de cumpănă. Preocupările medicului au încetat de mult de a fi limitate la optica unui singur organ, procesul de boală angajînd în desfășurarea lui întergul organism. Și suferința sistemului nervos în acest context patologic nu este cea mai rar întîlnită.

În această carte cititorul poate găsi cu ușurința unei indicații alfabetice termenii neurologiei care-l confruntă privind semnele clinice, sindromurile și bolile cele mai des întîlnite în practica medicală. Respectînd exigența științifică la nivelul celor mai moderne achiziții, expunerea concisă, dar cuprinzătoare, privește noțiuni clare de etiologie, simptomatologie, patogenie și anatomopatologie, dirijate după un plan de accesibilitate ce merită subliniat. O precisă expunere, vădit evidențiată în raport cu importanța lor, o au bolile vasculare cerebrale, infecțiile neurotrope, traumatismele craniocerebrale, afecțiunile nervoase eredofamiliale și degenerative, ca și celelalte enități neurologice de altefl, într-un cuvînt tot ceea ce-l poate interesa pe orice medic în desfășurarea activității sale profesionale.

Binevenite și competent expuse sînt elementele de neuroradiologie, a căror cunoaștere este esențială în procesul de diagnostic neurologic. Neurologia modernă folosește larg aportul radiologiei, indicațiile examenului radiologic în practica neurologică și neurochirurgicală, așa cum se subliniază în această carte, fiind de neînlocuit. Cititorul are cu această ocazie posibilitatea de a pătrunde și în tehnica modernă a neuroradiologiei, noțiunile expuse în această direcție fiind deosebit de valoroase.

Examenul electroencefalografic, mai puțin cunoscut de marea masă a medicilor, se bucură de o expunere cuprinzătoare a tuturor aspectelor înregistrate

Scanned with OKEN Scanner

la omul sănătos și bolnav, familiarizînd cititorul cu termenii proprii ai acestui mod de investigație, cu inerentele indicații și interpretări.

Variantele biologice în afecțiunile sistemului nervos completează această meritorie lucrare, care a reușit să cuprindă cele mai frecvente și mai solicitate aspecte ale neurologiei.

Iată de ce cartea Vademecum în neurologie *este binevenită.*

O rapidă prezentare a celor mai frecvente afecțiuni neurologice ca și a inerentelor complemente paraclinice, o utilă informatică la dispoziția medicilor de toate specialitățile, un sumar orientativ de cunoștințe în neurologie expus cu claritate și concizione, sînt fără îndoială importantele calități ale acestei lucrări.

Este o carte care răspunde necesității înarmării studenților și medicilor din toate specialitățile cu noțiuni substanțiale de neurologie, care depășesc lapidarul lexic printr-un conținut expresiv și sobru, în limitele necesare unei accesibilități mai generale.

Semnătura de pe coperta cărții a unor binecunoscuți specialiști, cu o îndelungată activitate și experiență în materie, este garanția valoroasă a lucrării, menite unui folositor circuit în lumea medicală.

Prof. dr. docent C. ARSENI
membru al Academiei de medicină a R.S.R.

Scanned with OKEN Scanner

Introducere

Lucrarea de faţă, pe care am dorit-o şi am plănuit-o unei cît mai largi accesibilităţi, se adresează studenţilor în medicină, medicilor din alte specialităţi cît şi neurologilor, într-un cuvînt tuturor celor care, confruntaţi frecvent în munca lor de instruire cu termeni proprii neurologiei, doresc o informare concisă dar cuprinzătoare.

Importanţa cunoaşterii noţiunilor de neurologie în abordarea serioasă a oricărei lucrări medicale nu are nevoie de o demonstrare deosebită. Se ştie contingenţa suferinţei nervoase în afecţiuni organice de largă răspîndire, iar interferenţa semnelor de agresiune nervoasă în clinica altor specialităţi este tot mai frecventă.

O informare precisă şi rapidă în neurologia curentă a fost punctul de plecare al acestei lucrări.

Fără îndoială, literatura medicală românească se poate mîndri cu publicarea unor tratate de neurologie de o înaltă valoare ştiinţifică, elaborate de instanţele superioare ale şcolii naţionale de neurologie, în care specialişti şi viitori specialişti găsesc un autentic documentar de largă şi adîncă informare.

Modesta noastră lucrare nu se substituie acestora. Am elaborat-o în sensul unei introduceri practice în neurologie, considerînd-o utilă celor cărora le este necesară o cunoaştere imediată şi în acelaşi timp şi consistentă în această specialitate. Ea cuprinde termenii neurologici de cea mai curentă circulaţie, a căror inventariere a fost pentru noi, poate, munca cea mai anevoioasă. Pentru o folosire cît mai practică a acestei lucrări am adoptat expunerea alfabetică. Am dat semnului, sindromului, bolii şi examenului paraclinic un echivalent explicativ cît mai ştiinţific şi practic.

Sub această formă, neîndoios departe de perfecţiune şi exhaustivitate, lucrarea de faţă — rodul muncii unui colectiv de specialişti cu o îndelungată experienţă — este, credem, de un interes deosebit.

O primire bună din partea cititorilor va fi pentru noi o încurajare preţioasă în munca de îmbunătăţire ulterioară a lucrării.

AUTORII

Scanned with OKEN Scanner

A

ABAZIA LACUNARILOR, *sindromul.* Denumire acordată de Lhermitte paraplegiei lacunarilor (vezi capitolul respectiv).

ABCESUL CEREBRAL, *boala.* Colecţie purulentă cerebrală intraparenchimatoasă, localizată frecvent în cerebel sau în emisferul cerebral, propagată direct de la procese supurative de vecinătate, otite, otomastoidite, sinuzite sau, mai rar, pe cale hematogenă, în cazul unor infecţii primare situate la distanţă (viscere toracoabdominale, bazin, membre). Debut subacut cu semne generale de tip septic, febră moderată, care poate lipsi, şi semne de hipertensiune intracraniană, cefalee, vărsături, stază papilară, uneori manifestări meningeane, redoare. Simptomele de focar indică localizarea cerebeloasă cu tulburări de echilibru, ataxie, nistagmus, sau temporală, cu hemipareză, jacksonisme, afazie etc. Evoluţia ondulantă este obişnuit fatală prin deschiderea pungii purulente în spaţiile subarachnoidiene, dacă nu s-a intervenit chirurgical în timpul oportun.

ABCESUL INTRACRANIAN EPIDURAL, *boala.* Sinonim epidurita supurată. Determinat de propagarea directă a unei infecţii de vecinătate. Localizările obişnuite sînt : a) în etajul anterior, cu punct de plecare de la inflamaţii sinusale frontale, etmoidale sau oftalmice, cu edem dureros al frunţii, cefalee difuză, accentuat frontooccipitală, febră discretă, leucocitoză şi V.S.H. crescut ; b) în etajul mijlociu, prin propagarea infecţiilor faringiene şi retrofaringiene : c) în etajul posterior, cu punct de plecare otomastoidian, unde, pe lîngă semnele generale comune, sînt prezente şi atingeri de nervi cranieni.

ABSENŢA EPILEPTICĂ, *sindromul.* Forma clinică cea mai frecventă este cea a micului rău epileptic. Consistă în suspendarea momentană de foarte scurtă durată a cunoştinţei, fără cădere şi fără convulsii veritabile. Paroxismul apare fără prodroame. Bolnavul devine palid, întrerupe orice activitate, cu privire fixă şi lipsită de expresie. Inconştient de existenţa crizei, la sfîrşitul acesteia el continuă activitatea în curs. În unele cazuri, pot fi prezente automatisme elementare în timpul crizei. Frecvenţa crizelor este variabilă, uneori foarte numeroase în cursul aceleiaşi zile.

Scanned with OKEN Scanner

ABT-LETTERER-SIWE, *boala. Granulomatoză* cu colesterină a copilului. (Vezi boala lui Hand-Schuller Cristian). Se caracterizează prin debut febril, stare infecţioasă, hemoragii cutanate peteşiale, adenopatii diseminate, hepatosplenomegalie şi focare necrotice în oase. Grafia craniului arată focare osteolitice fără reacţie osteoplastică. Evoluţia este subacută, cu agravare progresivă.

ACANTOCITOZA, *boala.* Afecţiune genetică asemănătoare clinic cu degenerescenţele spinocerebeloase, determinată de o tulburare de metabolism lipidic, cu hipocolesterolemie, hipolipidemie serică totală, în special hipoabetalipoproteinemie. Afecţiunea provoacă, printr-un mecanism încă necunoscut, leziuni demielinizante ale cordoanelor medulare posterioare, cu expresia clinică a unui sindrom cerebelos şi de cordoane posterioare. Salter a pus în evidenţă scăderi valorice impresionante ale betalipoproteinelor serice în ascendenţa bolnavilor.

ACROCIANOZA ESENŢIALĂ, *boala.* Afecţiune întîlnită la fete în preajma pubertăţii, determinată de o atonie capilarovenulară, care se însoţeşte de stagnarea sîngelui în ansele capilare. Clinic, se constată cianoza extremităţilor prin stagnarea sîngelui cu reducerea oxihemoglobinei, răceală şi hipersudaţie locală. Prin capilaroscopie se pune în evidenţă un gigantism capilar cu dilataţie permanentă arterovenoasă. Terenul endocrinonervos poate justifica, pînă într-o anumită măsură, etiologia încă obscură a acestei afecţiuni.

ACROCONTRACTURA. Contractură distală în cadrul sindromului fiziopatic al lui Babinski-Fromment, la nivelul leziunii generatoare.

ACRODINIA, *boala.* Vezi Salter, boala.

ACROPARESTEZIA NOCTURNĂ, *sindromul.* Vezi Putnam-Schulze, sindromul.

ACROPATIA ULCEROMUTILANTĂ, *maladia lui Thévenard.* Maladie familială cu ereditate dominantă. Se caracterizează esenţial prin ulceraţii cutanate, osteolize şi alterări obiective ale sensibilităţii la extremităţi, cu o evoluţie ce duce obişnuit la mutilarea segmentelor acromielice. Este datorată, după Thévenard, afectării rădăcinilor posterioare şi ganglionilor spinali. Formele clinice descrise recunosc extinderea leziunală şi la alte teritorii nervoase învecinate (rădăcini anterioare, cordoane medulare).

ACROPATIA ULCEROMUTILANTĂ NEFAMILIALĂ, *boala.* Descrisă de Boureau-Barrière, apare la bărbatul adult, consecinţă a traumatismelor, degerăturilor, alcoolismului, sau tulburărilor metabolice. Clinic, afecţiune fără caşetă particulară, se localizează numai la membrele inferioare.

ACTINOMICOZA CEREBRALĂ, *boala.* Excepţional de rară. Afectează în special bărbatul, în jurul vîrstei de 30 ani, secundară obişnuit unei alte localizări actinomicozice, de unde propagarea spre sistemul nervos se face cel mai adesea prin contiguitate. Determinările nervoase sînt abcesele miliare multiple, sau abcesul solitar (de mărime variabilă, pînă la aceea a unui cartof mijlociu), fie meningitele, în special bazale, coexistînd aproape de regulă cu abcesele. Formele tumorale sînt cele mai rare, iar determinările medulare se fac sub formă de mielită sau pahimeningită. Simptomatologia, afebrilă, este în funcţie de localizare, cu crize convulsive focale şi semne de hipertensiune intracraniană. Evoluţia lentă este progresivă şi fatală.

ACTIVITATE, *e.e.g.* Orice succesiune de unde, de origine cerebrală, cu o amplitudine care depăşeşte zgomotul de fond.

ACTIVITATE BAZALĂ, *e.e.g.*. Activitate electrică a feţei inferioare a creie-

Scanned with OKEN Scanner

rului, culeasă prin electrozi introduşi prin fosele nazale sau prin ureche.

ACTIVITATE DIFUZĂ, *e.e.g.* Activitate electrică cerebrală care apare mai mult sau mai puţin simultan (fără a fi obligatoriu sincronă) pe suprafeţe mari, fără localizare constantă.

ACTIVITATE DE FOND, *e.e.g.* Activitate mai mult sau mai puţin continuă şi generală, nu numai decît alfa ; în contrast cu activităţile cu alt aspect, focale, paroxistice, izolate sau grupate.

ACTIVITATE LENTĂ, *e.e.g.* Activitate cu unde de durată mai mare de 1/8 secunde ; include ritmul teta cu unde a căror frecvenţă este cuprinsă între 7,5—4 c/s (cicli pe secundă) şi ritmul delta cu unde de frecvenţă sub 4 c/s. În general anormală la subiectul treaz.

ACTIVITATE MÛ, *e.e.g.* Activitate cu frecvenţă de 7—11 c/s, care apare pe regiunile cerebrale centrale, deseori cu aspect de arcade, sau pieptene ; asociată cu ritm beta, şi atenuată de mişcări reale, sau imaginate şi de intenţia de a mişca, şi de stimularea tactilă, mai ales a mîinilor.

ACTIVITATE PAROXISTICĂ, *e.e.g.* Unde izolate sau în salvă, care apar şi dispar brusc şi care se deosebesc net de activitatea de fond prin frecvenţă, morfologie sau amplitudine. Obişnuit, dar nu întotdeauna, are o semnificaţie patologică.

ACTIVITATE RAPIDĂ, *e.e.g.* Activitate sinonimă cu activitatea beta ; ritm cu frecvenţă de peste 12 c/s, cu amplitudine mai mică decît a activităţii alfa şi mai puţin regulată ; activitatea gama între 13—17 c/s este numită, uneori, activitate rapidă intermediară. Activitatea rapidă barbiturică apare în scurte fusuri, după administrarea drogului, cu aspect uşor de recunoscut. Activitatea rapidă, amplă, cu apariţie paroxistică este patologică.

ACTIVITATE SIGMA, *e.e.g.* Ritm episodic de circa 14 c/s, de obicei difuz, cu maximum de amplitudine pe vertex, apărînd într-un anumit stadiu al somnului.

ACTIVARE, *e.e.g.* Mijloace fiziologice (somn), medicamentoase (pentazol, evipan ş.a.) şi tehnice (stimulare luminoasă intermitentă ş.a.) uneori asociate, destinate a face să apară o activitate cerebrală bioelectrică, inaparentă spontan, de obicei patologică.

ACTIVITATE MUSCULARĂ PERMANENTĂ, *sindrom.* Descrisă în 1961 de Isaacs. Afecţiune neereditară, cu debut la orice vîrstă, ce se caracterizează printr-o redoare permanentă şi progresivă, persistentă în timpul somnului şi sub anestezic. Pe lîngă musculatura scheletică şi a feţei, poate atinge faringele, laringele şi musculatura respiratorie. Decontracţia voluntară este îngreunată, fără nici un alt complement miotonic, mecanic, electric sau fizic (rănire). Isaacs crede în originea distală a acestei afecţiuni, la nivelul arborizaţiei terminale. Terapie favorabilă cu difenilhidantoina şi carbamazepina.

ACUFENE, *semnul.* Prezenţa unor senzaţii auditive anormale, uneori cu caracter distinct, ca zgomotul de fond al unor motoare în funcţiune, ţiuituri şi fluierături înalte, permanente, alteori greu diferenţiabile, penibile prin persistenţa lor, generate obişnuit de afecţiuni otice, ca : otoscleroza (în special), catare otice etc., de nevrite acustice şi labirintice toxice, prin alcool, chinină, salicilat, streptomicini, inflamatorii, sau traumatice. Ele pot apare şi în anumite afecţiuni endocraniene ca : malformaţiile vasculare etc.

ADAPTAREA STATICĂ, *proba.* Descrisă de Rademeker şi Garcin în tulburările staticei generale, generate de leziuni ale labirintului unilateral. Constă în cercetarea păstrării echilibrului la un

Scanned with OKEN Scanner

bolnav în patru labe pe un pat înclinabil. La înclinările rapide, lente, axiale, sau transversale, bolnavul labirintic, prin lipsa reacţiilor tonice ale extremităţilor, cade, pierzîndu-şi echilibrul.

ADEMONUL ACIDOFIL. Tumoră hipofizară dezvoltată pe seama celulelor acidofile. La copil determină gigantismul hipofizar, iar la adult agromegalia, prin hipertrofie lentă a ţesuturilor moi şi a oaselor, craniul, faţa, mîinile şi picioarele fiind cele mai afectate. Semnele neurologice sînt reprezentate prin cefalee persistentă în vertex şi bitemporal şi mai ales prin hemianopsia bitemporală, determinată de compresiunea chiasmei şi a nervilor optici dinăuntru în afară. Radiografia selară arată o şa dilatată, alungită vertical şi adîncită în sinusul sfenoidal, cu clinoidele posterioare verticalizate în săgeată.

ADEMONUL BAZOFIL. Cea mai rară formă de tumoră hipofizară care îmbracă simptomatologia sindromului Cushing cu adipozitatea specifică la faţă, trunchi, abdomen şi rădăcinile membrelor, hipertricoză, vergeturi abdominale, hipertensiune arterială şi slăbirea funcţiilor sexuale. Nu se însoţeşte de modificări radiologice.

ADENOMUL CROMOFOB. Cea mai frecventă tumoră hipofizară, dezvoltată pe seama celulelor cromofobe din lobul anterior hipofizar. La copil determină infantilism genital cu nanism, fără modificări psihice, iar la adult determină semne discrete de scădere a funcţiilor sexuale cu oligomenoree şi, respectiv, diminuarea potenţei sexuale. Neurologic, cefalee persistentă, cu sediul în vertex şi bitemporal prin compresiune asupra cortului dural hipofizar şi tulburări oculare, obişnuit hemianopsia bitemporală, prin comprimare directă a chiasmei de jos în sus şi între cei doi nervi optici. Examenul fundului de ochi arată paloarea papilelor nervului optic, iar radiografia selară arată o şa mult mărită în volum şi balonată.

ADIADOCOCINEZIA, *semnul.* Abolirea, sau slăbirea diadococinezie, adică a facultăţii de a executa rapid mişcări succesive voluntare (proba marionetelor). Reprezintă intricarea şi asociaţia unor tulburări cerebeloase elementare ca : încetinirea contracţiei şi decontracţiei musculare, variabilitatea amplitudinii şi insuficienţa mişcărilor, ca şi insuficienţa reacţiilor posturale. Este expresia unei dificultăţi de punere în acţiune a mişcării precum şi imposibilitatea de oprire la timp a acesteia.

ADIE, *sindromul.* Întîlnit rar, sindromul este determinat de cauze încă necunoscute, probabil luesul congenital, sau altă afecţiune nevraxială congenitală. Sînt semnalate cazuri familiale şi ereditare. Constă în prezenţa obişnuit unilaterală a unei pupile miotonice în midriază, mai dilatată la întuneric — comparativ cu partea sănătoasă — şi cu o contracţie lentă şi neînsemnată la lumină. Uneori se semnalează rigiditatea completă a pupilei afectate. Se însoţeşte, în cazuri sporadice, cu areflexia ahiliană şi chiar rotuliană, cînd diagnosticul diferenţial cu tabesul devine dificil.

ADSON, *semnul.* Întîlnit în sindromul scalenului anterior. Constă în diminuarea apreciabilă a pulsului radial şi în apariţia de durere pe faţa internă a membrului superior afectat în urma unei inspiraţii profunde şi a rotaţiei maxime a capului spre partea bolnavă.

AFAZIA AMNESTICĂ, *semnul.* Semn de mare valoare localizatoare descris de Pitres, în special în tumorile de lob temporal. Consistă în pierderea memoriei cuvintelor. Bolnavul, al cărui limbaj spontan este păstrat, nu poate numi obiectele ce i se prezintă. Localizarea leziunii în partea posterioară a circumvoluţiunii T3 (aria 37) pare cea mai frecventă.

Scanned with OKEN Scanner

AFAZIA AMNESTICĂ, *sindromul.* Sinonim afazia de evocare. Incapacitatea bolnavului de a denumi un obiect. O formă particulară a acestei afazii se întîlneşte la poligloţi, care uită limba cea mai recent învăţată. Considerată de unii ca expresia unei sechele după afazia Wernicke, ea este pentru alţii o suferinţă de sine stătătoare, generată de o leziune la nivelul părţii posterioare a celei de a 3-a circumvoluţiuni temporale.

AFAZIA CENTRALĂ, *sindromul.* Termen acordat de Ritchie-Russel afaziei Wernicke, consecutivă traumatismelor craniene cu leziuni penetrante prin armă de foc în regiunea lobului parietal stîng, însoţită de confuzie mintală şi amnezie.

AFAZIA EXPRESIVĂ BROCĂ, *sindromul.* Traduce în final afectarea polului expresiv al afecţiunii limbajului. După Pierre Marie ea reprezintă complexul clinic care adaugă la afazia Wernicke şi anartria. Se caracterizează prin pierderea articulaţiei cuvintelor şi prin tulburări ale înţelegerii cuvîntului verbal şi scris. Este generată de obicei prin leziuni cortico-subcorticale mai întinse în teritoriul de irigare al arterei cerebrale mijlocii de tip hemoragic, sau malacic. Este cel mai frecvent tip de afazie întîlnit în clinică.

AFAZIA MOTORIE PURĂ, *sindromul.* Incapacitatea bolnavului de a articula cuvintele, modalităţile celelalte ale limbajului, scrisul şi cititul, fiind păstrate. În stare pură sindromul este excepţional de rar, obişnuit însoţindu-se de mici tulburări din grupul simptomelor afaziei Wernicke. Leziunea generatoare ar fi situată subcortical, sub circumvoluţiunea a 3-a frontală, cu neafectarea substanţei cenuşii la acest nivel.

AFAZIA RECEPTIVĂ WERNICKE, *sindromul.* Sinonim cu afazia senzorială. Constă dintr-un sindrom global, cu tulburări mai mult sau mai puţin pronunţate ale vorbirii spontane şi repetate, ale înţelegerii limbajului vorbit şi scris, precum şi ale cititului. Se însoţeşte de un grad accentuat de uitare a vocabularului, corectată grotesc prin parafazie şi jargonafazie. Este generată de leziuni obişnuit vasculare din domeniul arterei cerebrale mijlocii, traumatice sau tumorale, care afectează partea posterioară a primei şi a celei de a doua circumvoluţiuni temporale, precum şi plica curbă.

AFAZIA TRAUMATICĂ, *sindromul.* Impactul cranian se însoţeşte imediat de o afazie totală cu anartrie, alexie şi agrafie. După cîteva luni, în perioada secheiară a traumatismului, afazia prezintă caractere deosebite, în funcţie de sediul traumatismului : în leziunile anterioare predominenţa anartriei, cu foarte discrete semne de afazie Wernicke, iar în leziunile posterioare domină simptomatologia afaziei Wernicke, cu regresiunea fenomenelor anartrice. Foix a desemnat, printre sechelele traumatismelor posterioare, trei tablouri diferite de afazie : o afazie temporală, adică afazie Wernicke pură, asociată cu hemianopsie în cadran ; afazie Wernicke globală şi moderată, asociată deseori cu o apraxie dreaptă prin leziunea girusului supramarginalis ; afazie de plică curbă, în care predomină masiv alexia, pe cînd celelalte semne ale afaziei Wernicke sînt abia schiţate.

AFEMIA. Incapacitatea de a-şi exprima ideile şi sentimentele prin limbajul vorbit. Paroxistic, poate apare ca expresie a unei epilepsii parţiale, determinată de o leziune de emisfer frontal stîng ; mai rar durabilă, cînd traduce o leziune capabilă să întrerupă mecanismul ce se creează în emisferul dominant pentru a asigura vorbirea, sau un proces patologic care compromite organizarea motorie a vorbirii la un nivel inferior, trunchiul cerebral sau nucleii cenuşii centrali.

Scanned with OKEN Scanner

AFONIA. Incapacitatea de a emite vreun sunet. Întîlnită în leziunile nervilor recurenţi.

AGENEZIA CORPULUI CALOS, *malformaţie*. Aproape în jumătate din cazuri este fără expresie clinică. Se manifestă prin întîrziere în dezvoltarea funcţiilor intelectuale, epilepsie, semne piramidale şi, tîrziu, poate apare o contractură generalizată. Aspectul radiografic, după insuflaţia cu aer a sistemului ventricular, este caracteristic în „pălărie cu coarne".

AGEUZIA, *semnul*. Pierderea senzaţiilor gustative, totală sau parţială. Poate fi determinată de leziuni rinencefalice la nivelul lobului temporal. Halucinaţiile gustative preced obişnuit criza uncinată.

AGNOZIA, *semnul*. Tulburare ce îngreuiază sau împiedică cunoaşterea lucrurilor, ca şi semnificaţia lor, în afara oricăror leziuni a căilor senzitivo-senzoriale.

AGNOZIA AUDITIVĂ, *semnul*. Obişnuit apare în relaţie cu celelalte semne de afazie senzorială. Constă în dispariţia reacţiilor specializate de recunoaştere, identificare şi înţelegere a sunetelor şi este generată de leziuni ale lobului temporal stîng, la nivelul circumvoluţiilor transverse.

AGNOZIA DIGITALĂ GERSTMANN, *semnul*. Semn propriu al agnoziei vizuale corporale. Determinată de leziuni vasculare sau expansive ale girusului angular şi ale conexiunilor sale cu zona vizuală. Constă în incapacitatea bolnavului de a numi degetul arătat de cercetător.

AGNOZIA FIZIONOMIILOR, *semnul*. Formă particulară de agnozie vizuală, în care tulburarea priveşte electiv recunoaşterea fizionomiilor. În formele pure bolnavul nu recunoaşte persoanele cele mai familiare şi nici nu se poate identifica într-o fotografie de grup sau izolată. Frecvent întîlnită în leziuni occipitale sau occipito-parieto-temporale ale emisferului drept.

AGNOZIA SPAŢIALĂ, *semnul*. Descrisă în leziunile occipitale. Consistă în incacapitatea de a localiza un obiect în spaţiu, deşi perceperea, în raport cu cîmpul vizual, este corectă. Tulburarea poate merge pînă la pierderea memoriei topografice.

AGNOZIA DE UTILIZARE, *semnul*. Descrisă de Morlaos. Consistă în incapacitatea subiectului de a manevra obiectul. Este generată de o leziune la nivelul girusului supramarginalis stîng, sau mai curînd în profunzimea lui, cu determinarea unei apraxii ideomotorii bilaterală definitive asupra actelor tranzitive şi riguros înlănţuite.

AGNOZIA VIZUALĂ A LUCRURILOR, *semnul*. Sinonim cecitatea psihică a lui Munck. Prezentă în leziuni obişnuit vasculare, expansive şi, mai rar, traumatice ale ariilor peri şi para striate (ariile 18 şi 19). Constă în incapacitatea de a recunoaşte un lucru, cu toate că senzaţiile vizuale şi adecvate sînt intacte. Manifestări mai particulare ale acestei tulburări sînt agnozia geometrică (Lhermitte şi Mouzon) şi agnozia culorilor (Willbrand şi Lewandowsky).

AKATIZIA, *semnul*. Proprie sindromului palidal consecutiv leziunilor distructive ale palidului, sau ale căilor sale descendente. Constă în necesitatea resimţită de bolnav, înţepenit în akinezie, de a-şi deplasa membrele, sau întreg corpul, în căutarea unei poziţii convenabile.

AKINEZIA, *semnul*. Proprie sindromului palidal, consecutiv leziunilor distructive ale palidului, sau ale căilor sale descendente. Constă în sărăcirea globală a mişcărilor, cu încetinirea lor pînă la aspectul de înţepenire.

AKUREYRI, *boala*. Maladie descrisă recent, asemănătoare poliomielitei, semnalată numai în Islanda. După o incubaţie de circa 7 zile apare febra, cu dureri violente de ceafă, uneori şi de spate,

Scanned with OKEN Scanner

cu iradiere în membre. Evoluţia poate fi prelungită, şi pot apare amiotrofii de grupe musculare, sau globale, ale membrelor. În tot timpul evoluţiei lichidul cefalorahidian rămîne normal.

ALBERS-SCHÖNBERG, *boala.* Sinonim boala oaselor de marmoră. Este o osteopetroză cu tară ereditară, în cadrul căreia poate fi evidenţiată radiografic vertebra de ivoriu. La nivelul calotei craniene, cele trei straturi osoase, prin procesul de densificare şi îngroşare osoasă, dispar, fuzionate într-o placă omogenă, nediferenţiabilă la raze X.

ALBUMINORAHIA, *laborator.* Dozarea proteinelor în lichidul cefalorahidian se face curent prin : a) metoda Sicard-Cantalomba, care constă în precipitarea proteinelor la cald cu acid tricloracetic şi măsurarea cantităţii de precipitat format ; b) metoda Heller-Brandberger-Stolnicov, care constă în precipitarea proteinelor cu acid azotic azotos. Apariţia unui preciptat exact la trei minute după adăugarea reactivului, arată prezenţa a 3,3 mg/100 ml lichid cefalorahidian. Albuminorahia apare crescută în stările inflamatorii acute şi cronice ale meningelor, care evoluează cu o clorurahie normală în afara meningitei t.b.c., în stări inflamatorii ale parenchimului nervos, encefalite, mielite, sifilis cerebral, în staza rahidiană prin compresiune medulară, tumori cerebrale, în hemoragii subarahnoidiene, unde în primele 5 zile este generată de un proces de revărsare şi numai după aceea, datorită unui proces reactiv, în fine accidental, după procese toxice, infecţii generale şi uneori în boli mentale. Albuminorahia scăzută sub 10 mg/100 ml apare în stări congestive ale sistemului nervos.

ALEXIA OCCIPITALĂ, *semnul.* Sinonim alexia pură a lui Dejerine, gen de agnozie occipitală limitată la semnele grafice. Presupune leziuni ale ariilor peri şi para striate (ariile 18 şi 19), zone de integrare sau zone vizuo-psihice.

ALFA, *activitate, e.e.g.* Ritm, sau activitate electrică cerebrală cu aspect sinusoidal, cu frecvenţa între 8—12 c/s, cu amplitudine lentă şi neregulat variabilă (modulaţie) între 10—100 microvolţi, cu maximum de amplitudine şi de regularitate pe regiunile occipitale. Apare mai uşor la subiectul relaxat, normal, în repaus senzorial şi cu ochii închişi ; dispare (reacţie de oprire, blocaj), sau scade în amplitudine la o stimulare senzorială, mai ales vizuală (deschiderea ochilor, lumină) sau la solicitarea atenţiei.

ALFA ASCUŢIT, *e.e.g.* Ritm alfa cu unghiurile undelor ascuţite. Indică, probabil, o excitabilitate uşor crescută.

ALFA EXUBERANT, *e.e.g.* Activitate alfa amplă şi extinsă spre regiunile anterioare (temporale, frontale).

ALGIA PERICAROTIDIANĂ, *boala.* Generată de o perturbare vasomotorie la nivelul terminaţiilor arteriale. Se exprimă clinic printr-o algie pulsatilă ce poate cuprinde întreaga hemifaţă. Algia dispare după infiltraţie novocainică pericarotidiană.

ALGIA VASCULARĂ, *sindromul.* Durere cu caracter particular, sub formă de greutate, de destindere penibilă, cu tendinţa la difuzare după planul de distribuţie vasculară, exacerbată prin tot ceea ce poate duce la dilataţia vaselor, atitudini, emoţii, efort etc. Adesea, dilataţia arterială regională este vizibilă. Nu se însoţeşte de tulburări de sensibilitate obiectivă. Este comună afecţiunilor inflamatoare arteriovenoase, arteritelor, periarteritelor, flebitelor şi periflebitelor.

ALGODISTROFII REFLEXE, *sindroame.* Sindroame cunoscute sub denumiri ca : reumatism neurotrofic al membrului superior (Ravault), sau sindrom umăr-mînă (Steinbrocker). Aceste sindroame dureroase, vasomotorii şi trofice

Scanned with OKEN Scanner

şi survine la copii sub vîrsta de un an. Debutul la nivelul muşchilor trunchiului şi centurii pelvine, de unde se propagă la ceafă şi la rădăcina membrelor. Muşchii afectaţi se atrofiază, devin inerţi, hipotoni. Reflexele osteotendinoase dispar. Este o formă de poliomielită cronică. Evoluţia : obişnuit spre exitus în 3—4 ani.

AMIOTROFIA SPINALĂ INFANTILĂ PROGRESIVĂ. Vezi boala lui Werdnig-Hoffmann.

AMNEZIA, *semnul.* Reprezintă pierderea totală sau parţială a memoriei. Întîlnită într-o serie de maladii nervoase, printre care arterioscleroza cerebrală, intoxicaţiile cronice ale alcoolului, nevrozele, oboseala intelectuală ş.a. Cînd procesul amnezic cuprinde numai o perioadă de timp scurtă, amnezia este lacunară (traumatismele craniene). Ea poate fi : anterogradă, cînd cuprinde evenimentele petrecute după intervenţia factorului patologic în cauză (traumatismele craniene) ; retrogradă, cînd priveşte faptele trăite înaintea incidentului patologic (arterioscleroza cerebrală) sau totală (procese toxice).

AMNEZIA OCCIPITALĂ. Vezi sindromul amnezic al obstrucţiei bilaterale a arterelor cerebrale posterioare.

AMOSS, *semnul.* Semnalat în unele cazuri ale boalei lui Heine-Medin însoţită de rahialgie şi flexiune dureroasă a coloanei vertebrale. Constă în evidenţierea suportului pe care-l foloseşte bolnavul sprijinindu-se cu mîinile înapoi pentru a trece din decubit în poziţia şezîndă.

AMPLITUDINE, *e.e.g.* Mărimea — în milimetri, convertibili în microvolţi — a unei unde, măsurată între tangentele orizontale duse la unghiul superior şi inferior al deflexiunii. De obicei se reglează amplificarea astfel, încît un semnal de calibraj de 50 microvolţi la intrare să se înscrie cu o amplitudine de circa 6 mm. Pentru orice traseu, o linie verticală arată amplitudinea unui anumit potenţial : în e.e.g., obişnuit 50 microvolţi.

AMUZIA, *semnul.* Surditate tonală sau muzicală, dependentă de o leziune a lobului temporal stîng.

ANALGEZIA CONGENITALĂ. O curioasă dezordine congenitală a aparatului nervos senzitiv, caracterizată prin lipsa senzaţiilor dureroase, care confruntă încă neurologii cu privire la interpretarea deficitului, fie ca o tulburare gnozică, fie ca un defect al receptorilor senzitivi şi ai transmisiei nervoase. Sindromul mai concentrează semne ca : cicatrici, plăgi torpide, hipoestezie sau anestezie corneană, hipo sau areflexie osteotendinoasă, leziuni osteoarticulare, tulburări de sudaţie şi vasomotorii, în special ale extremităţilor, uneori cu slabă dezvoltare intelectuală, ceea ce implică şi dezordini în aparatul vegetativ, deschizînd problema înrudirii cu o altă afecţiune, tot atît de curioasă, dizautonomia congenitală.

ANALIZATOR DE FRECVENŢĂ, *e.e.g.* Aparat care înscrie automat, pe un grafic, frecvenţele undelor existente într-o activitate oscilantă complexă, precum şi cantitatea de energie reprezentată de fiecare frecvenţă, într-un timp determinat.

ANARTRIA, *semnul.* Prezentă în afazia motorie. Constă în incapacitatea bolnavului de a scoate un sunet articulat, deşi înţelege bine limbajul vorbit şi scris.

ANEVRISME INTRACRANIENE. Obişnuit malformaţii congenitale, rar dobîndite în urma unor procese inflamatorii, a infecţiei sifilitice, sau consecinţa rară şi discutabilă a traumatismelor craniene. Afectează în 80% din cazuri sistemul arterial carotidian şi numai în circa 20% sistemul vertebral. În general, se semnalează prezenţa unui singur anevrism, numai în circa 10% din totalul cazurilor existînd anevrisme multiple. Volumul nu depăşeşte, în mod obişnuit, pe cel al unui bob de fasole, dimensiunile mai mari fiind consecinţa deselor rupturi şi a hemato-

Scanned with OKEN Scanner

mului perianevrismal consecutiv. Leziunea anatomohistologică cea mai întîlnită este degenerescenţa, sau dispariţia fibrelor musculare şi fragmentarea, sau absenţa fibrelor elastice din peretele anevrismal, înlocuite adesea cu ţesut conjunctiv sărac în nuclei şi adesea hialinizat. Clinic, manifestările ce apar de obicei la tineri sau adulţi, pot fi de tip paralitic, generate de compresiunea rapidă sau progresivă a formaţiilor învecinate de către punga anevrismală, cu o simptomatologie de focar ce permite localizarea ca pentru o tumoră cerebrală, sau de tip apoplectic în care simptomul major este o hemoragie intracraniană, subarachnoidiană, intracerebrală sau mixtă. Diagnosticul poate fi precizat cu ajutorul arteriografiei intracraniene cu soluţie de contrast. Intervenţia chirurgicală este singura terapie a unui anevrism intracranian clinic.

ANGAJAREA CALOASĂ, *sindromul.* Termen evolutiv agravat al unei hipertensiuni intracraniene prin procese expansive supratentoriale. Determinată de angajarea sub coasa creierului a porţiunii supracaloase a circumvoluţiunilor limbice, care comprimă plafonul ventriculului al III-lea. Expresia clinică este mult mai săracă, comparativ cu celelalte tipuri de angajări, deşi verdictul de gravitate este acelaşi. În general, apare o hemipareză homolaterală însoţită de tulburări în sfera psihică.

ANGAJAREA CEREBELOASĂ, *sindromul.* Termen evolutiv grav al unei hipertensiuni intracraniene progresive. Este determinată de coborîrea amigdalelor cerebeloase prin gaura occipitală, ele înscriindu-se între rebordul osos şi bulb, pe care-l comprimă. Angajarea este determinată de creşterea rapidă a tensiunii intracraniene, prin dezvoltarea factorului proliferativ, prin hemoragii intratumorale, puncţii lombare intempestive etc. Clinic : redoarea cefei, crize de opistotonus, crize vasomotorii faciale, tulburări ale deglutiţiei, frecvent abolirea reflexelor tendinoase, semnul lui Babinski bilateral. Cefaleea este persistentă, însoţită de vărsături şi sughiţ. Evoluţie fatală fără intervenţie în timp util.

ANGAJAREA TEMPORALĂ, *sindromul.* Reprezintă hernierea lobului temporal prin fanta lui Bichat, cu consecutivul proces de compresiune asupra trunchiului cerebral, eventualitate gravă ce modifică brusc evoluţia, pînă atunci progresivă, a unei tumori supratentoriale. Este realizată printr-un puseu hipertensiv intracranian, datorat unei creşteri rapide a tumorei, sau a unei hemoragii intratumorale. Se însoţeşte de agravarea rapidă a stării generale, cu accentuarea semnelor de hipertensiune intracraniană şi simptome datorită compresiunii locale, obişnuit hemiplegia. Fără o intervenţie chirurghicală, în timp oportun, evoluţia este în foarte scurt timp fatală.

ANGIOGRAFIA CEREBRALĂ, *radiologie.* Metodă ce foloseşte iodul ca mijloc de contrast, introdus prin puncţie în sistemul arterial al creierului. Se deosebesc : a) *angiografia carotidiană,* în care iodul este introdus pe calea arterei carotide primitivă, internă sau externă ; b) *angiografia vertebrală,* care utilizează artera vertebrală, rezervată pentru studiul fosei posterioare. Examenul complet se face numai cu seriograf, înregistrînd pe filme circulaţia intracerebrală pînă la pragul capilar şi circulaţia venoasă de întoarcere. Indicaţia majoră a metodei în malformaţiunile vasculare, hematoame şi procese proliferative intracraniene.

ANGIOM INTRACRANIAN, *malformaţia.* Malformaţie vasculară a creierului, lung timp bine tolerată. Se manifestă clinic la vîrste foarte tinere, uneori la adolescenţă sau copilărie. În antecedente sînt de subliniat două evenimente repetitive : hemoragia meningeană şi crizele de epilepsie. Hemoragia ictală, ca şi apoplexia progresivă, sînt prezumţii de

Scanned with OKEN Scanner

malformaţie vasculară cînd survin la tineri. Forma cavernoasă, de preferinţă localizată pe scoarţa cerebrală, are aspectul unui conglomerat de vase ectaziate, separate prin septumuri conjunctive. Angiomul racemos se dezvoltă la suprafaţa creierului şi are contingenţe cu vasele meningeene. Are aspectul unui pachet voluminos de vase, de unde pleacă şi către care se îndreaptă vase, de mare calibru. O demarcaţie pur venoasă sau arterială a acestei malformaţii este greu de stabilit.

ANGIOMATOZA ENCEFALOTRIGEMINALĂ, *boala*. Sinonim boala lui Sturge-Weber. Dizembrioplazie blastomatoasă, fără caracter familial şi ereditar, caracterizată prin prezenţa unei angiomatoze trigeminale, a unei malformaţii a emisferului cerebral corespondent şi a glaucomului. Semnele nervoase sînt preponderente şi evolutive : imbecilitate, pareze întinse, adesea hemiplegie, hemianopsie şi, în special, crize comiţiale. Radiografia arată adesea prezenţa unor calcificări intracraniene caracteristice.

ANGIOMATOZA RETINOCEREBELOASĂ, *boala*. Dizembrioplazie blastomatoasă, uneori cu caracter ereditar şi familial. Sinonim boala lui Hippel-Lindan. Întruneşte angiomatoza retiniană, cu pelotoane vasculare dilatate şi formaţii anevrismale, angiomatoza sistemului nervos central, cu predilecţie cerebeloasă, alături de formaţiuni tumorale şi kistice viscerale, ale rinichiului şi pancreasului în special. Semne mai importante sînt : scăderea tardivă a vederii cu simptomatologie de hipertensiune intracraniană şi manifestări organice legate de prezenţa factorilor expansivi.

ANGIOSPASMUL CEREBRAL. Tulburare funcţională a vaselor cerebrale, mult controversată şi neacceptată de majoritatea neurologilor, pentru că circulaţia cerebrală este deosebit de eficace protejată împotriva modificărilor de calibru ale vaselor, în sensul unui spasm. Noţiunea de spasm rămîne însă evidentă, fie complimentînd o embolie arterială cerebrală sau alt proces patologic al pereţilor arteriali, fie ca fenomen de debut al migrenei (retinospasmul fiind mărturia vizibilă a ceea ce se întîmplă în creier. Unii clinicieni reţin şi folosesc termenul de spasm arterial cerebral pentru a desemna stări paroxistisce cu o simptomatologie obiectivă ce dispare fără sekele.

ANIZOCORIA, *semnul*. Inegalitate pupilară. Semn de mare valoare orientativă în stabilirea diagnosticului unor afecţiuni nervoase (sifilis nervos, traumatisme craniocerebrale, suferinţa simpaticului cervical şi a tractusului simpatic intracranian etc.).

ANIZOSTENIA, *semnul*. Descris de A. Thomas în sindromul cerebralos. Se caracterizează prin inegalitatea repartizării tonusului muscular la un grup de muşchi, sau la anumiţi muşchi, faţă de antagoniştii lor.

ANOSMIA, *semnul*. Abolirea simţului olfactiv, cu variante de intensitate şi calitate (hiposmie, parosmie) pendinte de leziuni ale lobului temporal, în special ale uncusului, excepţional ale hipocampului.

ANOSMIA POSTTRAUMATICĂ, *sindromul*. Pierderea senzaţiei mirosului după un traumatism cranian cu fractura etajului anterior, însoţit de epistaxis şi rinoree, sau după un traumatism occipital puternic cu deplasarea bruscă a masei cerebrale şi smulgerea consecutivă a filetelor nervoase, care leagă bulbii olfactivi de lama criblată.

ANOZODIAFORIA, *semnul*. Tulburare de somatognozie. Constă în indiferenţa pe care o manifestă unii hemiplegici faţă de partea de corp paralizată.

ANOZOGNOZIA, *sindromul*. Tulburare a somatognoziei prezentă în leziuni de emisfer minor. Constă în necunoaşterea de către unii hemiplegici a paraliziei de care suferă.

Scanned with OKEN Scanner

ANTON-BABINSKI, *sindromul.* Vezi sindromul răspîntiei parietotemporooccipitale a emisferului minor.

ANTRENARE, e.e.g. Modificarea activităţii electrice cerebrale, care tinde să-şi însuşească frecvenţa unei stimulări ritmice, de obicei luminoase (S.L.I.).

APATIA, *semnul.* Caracterizează comportamentul în unele afecţiuni psihice şi neurologice. Întîlnită în leziunile lobului frontal, în special cele proliferative, în atingerile comisurii caloase, în hipertensiunea intracraniană, în sekelele encefalitelor etc. Se manifestă printr-o anchilozare fizică şi morală exprimînd indiferenţa faţă de mediul de viaţă.

APOPLEXIA CEREBRALĂ. Sinonim atacul apoplectiform. Este, în general, expresia dramei cerebrale hemoragice cu debut brusc şi cu o rapidă evoluţie agravantă. Atacul apoplectiform însă, cu brusca apariţie de fenomene cerebrale focale, cu sau fără pierderea conştienţei, poate fi şi expresia altor cauze etiologice ca : tromboza vasculară cerebrală, embolii, tumori cerebrale, scleroza în plăci etc.

APOPLEXIA PROGRESIVĂ, *sindromul.* Sinonim Ingravescent apoplexy a lui Broadbend. Formă excepţională a hemoragiei cerebrale. Debut insidios, fără pierdere a cunoştinţei, cu stare de rău general nedefinit, apoi vertij, vărsături ce premerg instalarea unei hemiplegii, la care bolnavul asistă înainte de a deveni confuz. În final, coma urmată de exitus.

APRACTOFAGIA, *semnul.* Reprezintă apraxia de deglutiţie. Bolnavul se comportă ca şi cum ar fi uitat mişcările indispensabile de a forma bolul alimentar şi de a-l împinge dinainte înapoi.

APRAXIA, *semnul.* Sinonim agnozia de utilizare a obiectelor cunoscute. Fără a fi paralitic sau dement, bolnavul, deşi înţelege perfect ordinul dat şi recunoaşte obiectele, a pierdut semnificaţia întrebuinţării acestora.

APRAXIA DE ATRACŢIE, *semnul.* Fenomenul apare în leziunile controlaterale de lob frontal premotor. Consistă în apucarea obiectelor care vin în contact cu mîna, sînt în apropierea mîinii şi chiar a acelora care se află în raza de acţiune a membrului superior respectiv, ca şi cînd mîna ar fi magnetizată de stimuli ce pornesc de la aceste obiecte. Fenomenul astfel conturat, diferă de grasping şi groping prin faptul că se întinde la ansamblul de motricitate al membrului respectiv, alterîndu-i comportarea motorie.

APRAXIA DE ÎMBRĂCARE, *semnul.* Tulburare înregistrată cu mare predilecţie în leziunile parietale ale emisferului minor. Constă în dificultatea de a se îmbrăca, printr-o proastă cunoaştere a spaţiului corporal.

APRAXIA IDEOMOTORIE, *semnul.* Tipul cel mai pur de apraxie parietală. Este incapacitatea de a executa acte tranzitive şi riguros înlănţuite, tulburare care, în final, interesează manipularea obiectelor, realizînd o agnozie de utilizare. Este determinată de o leziune situată la nivelul girusului supramarginal stîng la dreptaci sau, mai curînd, în profunzimea lui.

APRAXIA MELOKINETICĂ A LUI KLEIST. Singura formă de apraxie imputabilă cortexului frontal. Leziunea vasculară, expansivă, sau de altă origină, îşi are sediul la nivelul piciorului celei de a 2-a circumvoluţiuni frontale orizontale. Fără un deficit motor apreciabil, bolnavul este incapabil de a executa acte mai complexe, în special cu membrul superior controlateral.

APRAXIA MERSULUI A LUI GERTSMANN, *semnul.* Tulburare de mers de tip apraxic, semnalată în leziunile de lob frontal de tip expansiv sau vascular.

Scanned with OKEN Scanner

APROSEXIA. Incapacitatea de a fixa atenţia în urma diminuării respiraţiei nazale.

APROZODIA, *semnul.* Caracter particular al vorbirii semnalat de Monrad-Krohn. Constă în defectul de accentuare tonică a silabelor în interiorul cuvîntului, în egalizarea ritmului frazei şi în absenţa totală a schimbării tonului, ansamblul de tulburări care stigmatizează vorbirea monotonă, maşinală a parkinsonismului.

APUCAREA FORŢATĂ, *fenomenul.* Sinonim reflexul de apucare. Determinat de atingerea feţei palmare a falangelor bazale, sau a regiunii distale a palmei, cu un obiect. În cazul afecţiunilor regiunii prefrontale, tumorale în special, apare o mişcare a mîinii în sensul apucării şi strîngerii obiectului. Reflexul apare controlateral şi exprimă liberarea controlului cortical asupra fenomenului, al cărui sediu ar fi bulbospinal.

ARACHNOIDITA CISTERNEI MARI, *sindromul.* Sinonim arachnoidita cronică adezivă de etaj posterior. Secundară unor meningoencefalite virotice sau bacteriene, infecţiilor de vecinătate, hemoragiilor arachnoidiene, traumatismelor craniene etc. Apare la orice vîrstă şi are debut insidios cu evoluţie îndelungată. Se manifestă prin semne de blocus al circulaţiei l.c.r. cu hipertensiune intracraniană moderată (cefalee, vărsături şi stază papilară tardivă), la care se adaugă semne de suferinţă directă a formaţiunilor nervoase din vecinătate, pareze, sau paralizii de nervi cranieni, înglobaţi în procesul arachnoidian adeziv şi semne discrete de suferinţă piramidală şi vestibulocerebeloasă, prin leziuni superficiale de trunchi cerebral şi cerebel. Pneumoencefalografia negativă este concludentă.

ARACHNOIDITA FOSEI CEREBRALE POSTERIOARE, *sindromul.* Secundară unui proces infecţios, uneori inaparent clinic. Se instalează insidios, manifestîndu-se progresiv prin atingeri bilaterale locale de nervi cranieni, hipertensiune intracraniană, cu reacţie meningee prezentă şi discrete semne piramidale. Lipsesc semne de suferinţă cerebeloasă.

ARACHNOIDITA OPTOCHIASMATICĂ, *sindromul.* Reacţie arachnoidiană plasticoadezivă, determinată de un proces inflamator meningovascular bazal, subacut sau cronic, de origine virotică, luetică, etc. şi care se dezvoltă la nivelul cisternei chiasmatice, unde exercită o acţiune de strangulare şi de ischemizare a nervilor optici. Nevrita optică, astfel realizată, se manifestă prin atrofie papilară şi ambliopie paralelă. Întinderea procesului adeziv la regiunea infundibulotuberiană poate angaja concomitenţa unor sindromuri endocrine, ca cel adipozogenital, tulburări de somn, metabolice şi psihice.

ARACHNOIDITA SPINALĂ. Reacţia fibroconjunctivă a ţesutului arachnoidian, primitivă sau, mai ales, secundară (şi paralelă) unui proces morbid meningean, medular sau paramedular, antrenînd suferinţa măduvei şi a rădăcinilor. După un debut insidios, cu parestezii sau dureri, în raport cu localizarea, apar semne fie exclusiv radiculare (coada de cal), fie medulare, cu manifestări piramidale, sfincteriene şi sexuale, fie radiculomedulare, în care suferinţa medulară se însoţeşte de semne radiculare. Evoluţia este obişnuit cronică, progresivă.

ARAFIA, *malformaţia.* Defect de sutură primară a sacului neural, cu absenţa simultană a închiderii arcului vertebral posterior. Poate fi totală sau parţială.

ARNOLD-CHIARI, *malformaţia lui.* Anomalie congenitală, prezentă la naştere sau înainte de naştere. Joacă un rol important în hidrocefalia asociată. Consistă în prezenţa anormală dedesuptul găurii occipitale, în segmentul superior al canalului rahidian, a părţii inferioare a cerebelului (amigdale cerebeloase şi vermis). Malformaţia se deosebeşte de procesul de angajare amigdaliană cerebeloasă în ca-

Scanned with OKEN Scanner

nalul cervical, consecutivă conului de presiune din hipertensiunile intracraniene, prin participarea bulbului rahidian, şi a planşeului inferior al ventriculului al 4-lea, la procesul de migrare. Prezenţa consecventă şi a altor malformaţii coexistente justifică teoria dizembriogenetică a acestei malformaţiuni bulbocerebeloase. Clinic, manifestările obişnuite sînt cerebeloase sau de compresiune medulară înaltă.

ARSENIC, *intoxicaţia.* Binecunoscută în evul mediu ca otrăvire criminală, mai aproape de noi ca intoxicaţie profesională (industria pielăriei, fabricarea vopselelor, medicamentelor, insecticidelor, otrăvurilor pentru şoareci etc.) sau medicamentoasă. Calea de pătrundere este cea digestivă sau respiratorie. Polinevrita arsenicală este expresia clinică cea mai importantă. Formă senzitivomotorie, debutează cu parestezii întinse ale membrelor inferioare, urmate de deficit motor. Apariţia striilor ungheale ale lui Mees, ca şi alopecia severă, orientează diagnosticul, precizat prin determinări toxicologice, eliminarea pe cale intestinală, renală şi piele).

ARTEFACT, *e.e.g.* Element grafic artificial, tehnic, nu activitate electrică fiziologică.

ARTERITA CEREBRALĂ SIFILITICĂ, boala. Vezi neurosifilisul vascular cerebral.

ARTERITA TEMPORALĂ. Vezi boala lui Horton.

ARTROGRIPOZA BARBITURICĂ, *sindromul.* Artrogripoză determinată prin terapia îndelungată cu derivate barbiturice (epilepsie). Fenomenele dispar după încetarea tratamentului.

ATROGRIPOZA MULTIPLĂ CONGENITALĂ, *sindromul.* Se defineşte prin existenţa de redori articulare multiple, bilaterale, manifestate, la naştere şi neprogresive. Apare nu ca o maladie ci ca un sindrom cu substrat lezional multiplu. S-au descris ca generatoare, leziuni ale cornului anterior şi ale măduvei cordonale, leziuni musculare de tip miopatic, iar recent, forme radiculare cu proliferarea colagenului în plăci nesistematizate în interiorul rădăcinilor anterioare.

ASIALIA, *semnul.* Intensă şi jenantă uscăciune a gurii. Semn important în intoxicaţia atropinică. Uneori prezentă în constelaţia vegetativă comitială.

ASIMBOLIA LA DURERE, *sindrom.* Descris de Childer şi Stergel, constă dintr-o modificare curioasă în aprecierea durerii, insuficientă, incomplectă şi neadecvată, întîlnită ca formă a tulburărilor de schemă corporală în leziuni de emisfer stîng, localizată fie la întreg corpul, fie, mai ales, la partea superioară. Bolnavul este capabil a localiza corect senzaţia care este însă lipsită de caracterul său penibil. Se întîlneşte ca urmare a intervenţiilor stereotoxice şi după leucotomie.

ASIMETRIA CRANIANĂ, *examen radiologic.* Asimetriile craniene au drept cauză un proces de creştere (creşterea în dimensiuni a hemicraniului de partea leziunii), sau unul care opreşte creşterea craniului (rămînerea în urmă a dezvoltării craniului de aceeaşi parte cu atrofia cerebrală). Astfel de asimetrii se dobîndesc în perioada de creştere a oaselor craniului, cînd ele se pot adapta presiunii crescute, în primul caz, sau se pot opri în dezvoltare prin lipsa presiunii necesare pentru ca nucleii de creştere să-şi exercite funcţiunea normală a dezvoltării. Indicaţiile necesare pentru diagnostic se obţin prin examenul radiologic şi „craniul osos" (examen radiologic), precum şi „encefal" (examen radiologic).

ASINERGIA, *semnul.* Important semn de tulburare cerebeloasă descris de Babinski, ca o pierdere sau diminuare a facultăţii de a îndeplini simultan diversele mişcări care constituie un act. Este vorba însă, mai mult de o descompunere a mişcării, o dezordine funcţională com-

Scanned with OKEN Scanner

plexă cerebeloasă, constituită din tulburări elementare, cum ar fi: deficienţa funcţiunii antagoniste şi tulburarea caracterelor temporale şi spaţiale ale contracţiei agoniste.

ASINERGIA STATICĂ, *semnul.* Probă descrisă de Babinski ca expresie a tulburărilor de coordinare statică în afecţiunile cerebelului. Traduce lipsa jocului sinergic al diferitelor segmente corporale pentru menţinerea în baza de susţinere a centrului de gravitate. Împingerea corpului pe spate, la cerebeloşi, nu se însoţeşte de flexiunea sinergică a genunchilor, lucru ce duce la pierderea echilibrului şi căderea pe spate.

ASOMATOGNOZIA, *semnul.* Prezentă în leziuni cerebrale bilaterale, obişnuit vasculare sau degenerative, cu localizare la nivelul circumvoluţiunii parietale inferioare, girusului supramarginalis şi plicei curbe. Constă în pierderea completă a imaginii de sine.

ASTAZIAABAZIA, *semnul.* Sinonim cu praxia mersului (Gerstmann). Este imposibilitatea de a utiliza convenabil membrele în scopul mersului, în absenţa oricărei paralizii. Subiectul este incapabil de a-şi mişca membrele de orice direcţie, fără greşeli grosolane, însoţite de retrolateropulsiune şi chiar de căderi pe loc. Se întîlneşte în leziunile de lob frontal, lob considerat de unii specialişti drept un coordinator de lux al echilibrului. Barré neagă lobului frontal această calitate, incriminînd căile vestibulare centrale ca generatoare ale acestei curioase comportări.

ASTAZIA CEREBELOASĂ, *semnul.* Tulburare de coordinare statică, cercetată în afecţiunile cerebelului. Pentru a-şi susţine echilibrul, bolnavul cerebelos îşi măreşte poligonul de susţinere prin depărtarea picioarelor. Se observă oscilaţii nesistematizate în aceste condiţii, ale corpului, în jurul axului vertical.

ASTEREOPSIA, *semnul.* Agnozie vizuală raportată la reprezentarea spaţiului apropiat. Constă în incapacitatea bolnavului de a localiza obiectele învecinate. Acestea sînt văzute pe acelaşi plan, cu imposibilitatea diferenţierii lor în profunziumea spaţiului.

ASTROCITOMUL CEREBRAL, *tumora.* Forma cea mai benignă a gliomelor cerebrale, formată din celule gliale, lipsită de malignitate. Se dezvoltă foarte încet, fără zgomot clinic, uneori epilepsia deschizînd scena patologică. Ajunge la proporţii mari, ce pun probleme dificile neurochirurgicale. Examenele paraclinice, în special arteriografia, cu refularea în masă a arterelor cerebrale, indică un stadiu tardiv de dezvoltare.

ATACUL AKINETIC EPILEPTIC. Mic rău epileptic sub forma unei crize inhibitoare akinetice. Determină, în forma cea mai pură cu conservarea cunoştinţei, căderea bruscă a bolnavului, brutală şi neprevăzută. Mai adesea atacul akinetic se asociază cu o absenţă, cu pierderea cunoştinţei de scurtă durată. Ramsay Hunt îl atribue unei suspendări subite a tousului postural, pe cînd Gastaud îl consideră drept o mioclonie violentă în flexiune a genunchilor.

ATAC ISCHEMIC TRECĂTOR, *semnul.* Întîlnit în insuficienţa circulatorie cerebrală. Generat de arterioscleroza cerebrală, exprimată intermitent prin manifestări motorii, senzitive, sau afazice de scurtă durată. Mecanismul fiziopatologic rămîne încă nelămurit.

ATACUL TONIC, *semnul.* Sinonim criza tonică cerebeloasă sau cerebellar fits al anglo-saxonilor, semn de mare valoare în tumorile de fosă posterioară şi de ventricul al IV-lea. Constă în apariţia bruscă, cu ocazia schimbării poziţiei capului, sau chiar spontan, a unei contracturi în hiperextensie a întregului corp, extensia, pronaţia şi abducţia membrelor superioare, trismus cu capul răsturnat înapoi, ochi plafonaţi, respiraţie stertoroasă, puls lent, paloare, fără pierderea obligatorie a cu-

Scanned with OKEN Scanner

noştinţei. Asemănător rigidităţii decerebrate a lui Scherrington, pare a fi datorat unei liberări temporale a centrilor tonigeni bulboprotuberanţiali de sub controlul nucleului roşu. După alţi autori, atacul ar fi determinat de iritarea pereţilor ventriculari prin procesul patologic.

ATAXIA ACUTĂ WESTPHALL, *sindromul.* Este expresia clinică dominant cerebeloasă a unei encefalomielite diseminate, cu apariţia unui mare număr de mici focare inflamatorii în sistemul nervos central, bulb, protuberanţă. Survine în urma unei maladii infecţioase acute şi are ca simptomatologie de prim plan ataxia, la care se adaugă neapărat, la un examen minuţios, şi semne de suferinţă extracerebeloasă, ceea ce o diferenţiază de encefalita cerebeloasă. Evoluţia obişnuită benignă, uneori cu regresiuni spectaculare.

ATAXIA CEREBELOASĂ ACUTĂ INTERMITENTĂ FAMILIALĂ, *boala.* Afecţiune familială şi ereditară, de transmisie dominantă, fără anomalii biochimice, caracterizată prin apariţia de episoade acute, de ataxie cerebeloasă tranzitorie şi de durată variabilă, mai frecventă şi mai pronunţată la copii, capabilă însă de a surveni la toate vîrstele.

ATAXIA FRONTALĂ, *semnul.* Sinonim ataxia frontală a lui Burns. Prezentă în anumite leziuni ale lobului frontal, printre care, în special cele proliferative. Se manifestă prin latero şi retropulsiunea în poziţia verticală, pe care bolnavul încearcă s-o corecteze făcînd paşi mici înapoi, şi nu prin reacţii tonice ale muşchilor planului anterior, ca în ataxia vermiană.

ATAXIA LEYDEN, *sindromul.* Sindrom de origine încă neprecizată, înrudit cu scleroza în plăci, nevraxita epidemică şi poliomielita. Se prezintă sub aspectul unei ataxii cerebeloase, însoţită şi de alte semne ale acestui organ (tremurături, dizartrie, etc.), cu determinări piramidale (reflexe vii, Babinski etc.). Tulburările regresează spontan, vindecarea survenind în 3—6 luni.

ATAXIA MIOCLONICĂ A VEDERII, *semnul.* Vezi Obsoclonia, semnul.

ATAXOPARAPLEGIA LUI GOWERS, *maladia.* Formă de scleroză combinată sifilitică, descrisă de Gowers în 1886, în care paraplegia spasmodică evoluează simultan cu ataxia, însoţită de dureri fulgulante.

ATAXIA SENZORIALĂ, *semnul.* Prezentă în afecţiunile care compromit sensibilitatea proprioceptivă însărcinată cu informarea asupra atitudinilor părţilor corpului faţă de corpul în totalitate (afecţiuni ale neuronului periferic, ale rădăcinilor posterioare şi ale cordoanelor posterioare). Tulburarea de coordinare şi de precizie în mişcare şi staţiune care rezultă, poate fi, în oarecare măsură, corectată cu ajutorul vederii şi, deci, exagerată cu ochii închişi.

ATAXIA VESTIBULARĂ, *semnul.* Determinată de suferinţa organului echilibrant al urechii interne. Survine în atacuri, însoţită de senzaţia neplăcută vertiginoasă de nistagmus şi de accentuarea vertijului într-o anumită poziţie a capului.

ATROFIA CEREBELOASĂ DIFUZĂ BROUWER, *boală.* Variantă severă, cu evoluţie extensivă şi rapidă a atrofiei cerebeloase tardive, generată cel mai adesea de o toxicoză viscerală (metastaze). Se caracterizează printr-o evoluţie ce nu depăşeşte în general 2—3 ani, exprimată printr-un mare sindrom cerebelos static, incoordinare marcată a extremităţilor, dizartrie şi nistagmus. Procesul degenerativ înglobează celulele lui Purkinje şi nucleii dinţaţi.

ATROFIA CEREBELOASĂ ÎNCRUCIŞATĂ, *sindromul.* Survine numai în marile leziuni emisferice cerebrale şi este cu atît mai accentuată cu cît leziunea cerebrală este mai vastă, de durată mai lungă

Scanned with OKEN Scanner

şi cu debutul mai îndepărtat. În general, ea aparţine hemiplegiei cerebrale infantile, fără a avea vreo expresie clinică proprie mai evidentă.

ATROFIA CEREBELOASĂ PARANEOPLAZICĂ, *sindrom*. Caracterizată clinic printr-un mare sindrom cerebelos cu evoluţie subacută, diplopie, tulburări psihice importante şi cu reacţie inflamatorie a l.c.r. Anatomic, consistă dintr-o atingere difuză şi severă a aparatului purkinjian, cu asociaţia de semne inflamatorii, a căror semnificaţie este încă nelămurită.

ATROFIA CEREBELOASĂ TARDIVĂ, *boala*. Descrisă de Pierre Marie, Foix şi Allajouanine, ca o astazie-abazie prin atrofie vermiană a bătrînului. Debut după 55 ani cu evoluţie lentă, caracterizată prin tulburări ale staticei şi ale echilibrului, care împiedică treptat orice deplasare. Simptomatologia neocerebeloasă este abia schiţată, comparativ cu cea paleocerebeloasă, foarte floridă. Evoluţia în aproximativ 10—20 ani.

ATROFIA CEREBRALĂ, *examen radiologic*. Neuroradiologic, atrofiile cerebrale se împart în : atrofii cerebrale cîştigate în perioada de creştere a craniului şi encefalului, care sînt însoţite de asimetrii ale craniului şi atrofii cerebrale cîştigate după această perioadă, în care asimetriile craniene sînt minime sau lipsesc cu totul. Examenul neuroradiologic se axează pe metode obişnuite pentru prima grupă, cele din grupa a doua fiind exclusiv de domeniul pneumoencefalografiei.

ATROFIA CONGENITALĂ A STRATULUI GRANULAR TIP NORMAN, *boală*. Afecţiune rară, congenitală, familială, izolată de Norman, în 1940. Constă dintr-o atrofie cerebeloasă exclusiv corticală cu dispariţia preponderentă a celulelor stratului granular. Clinic, un mare sindrom cerebelos congenital, static şi cinetic, hipotonie şi pasivitate musculară exagerată, vorbirea lentă, intelectul uneori deteriorat.

ATROFIILE CORTICALE, *sindromul*. Sindrom anatomoclinic de o incidenţă frecventă. Dificil de diagnosticat clinic, preciziunea fiind mai mult de domeniul pneumoencefalografiei, care indică atît angajarea procesului cortical, subcortical sau mixt, cît şi predominenţa unilaterală. Electroencefalografia nu prezintă semne proprii ale acestui proces. Atrofiile corticale, considerate primitive, sînt de natură degenerativă şi întîlnite în afecţiuni ca : eredodegenerescenţa spinocerebeloasă, choreea cronică, maladia lui Wilson, maladiile Pick şi Alsheimer, procesele presenile, demenţa senilă etc. Atrofiile secundare însoţesc traumatismele eraniene, intoxicaţiile, cu deosebire exogene (etilism), epilepsia, sindromurile vasculare, encefalopatiile infecţioase, virale sau sifilitice.

ATROFIA MUSCULARĂ SPINALĂ PROGRESIVĂ, *boala*. Vezi poliomielita anterioară cronică.

ATROFIA MUSCULARĂ NEUROGENĂ PROXIMALĂ, *boala*. Afecţiune degenerativă cu caracter frecvent familial, debutînd obişnuit în a doua decadă a vieţii, cu atrofii proximale, cu evoluţie foarte lentă, determinată de un proces patologic ce implică numai neuronii motori ai coarnelor anterioare ale măduvei. Prezenţa unui defect de natură biochimică pare a fi plauzibilă.

ATROFIA MUSCULARĂ SPINALĂ PSEUDOMIOPATICĂ, *boala*. Vezi boala lui Kugelberg-Welander.

ATROFIA OLIVOBULBOCEREBELOASĂ, LEJONE-LHERMITTE, *boala*. Atrofie cerebeloasă cu leziuni simetrice interesînd complexul olivocerebelos, nucleul dinţat şi sistemul dentatorubric, izolată cu ocazia observării unui singur caz.

ATROFIA OLIVOCEREBELOASĂ GORDON-HOLMES, *boala*. Afecţiune

familială rară, survenind la vîrsta adultă, caracterizată clinic prin tulburări de echilibru şi de mers, incoordinare a membrelor inferioare şi superioare, tremurături ale membrelor şi ale capului, tulburări de vorbire şi nistagmus. Anatomopatologic este vorba de o atrofie a cortexului cerebelos, preponderent vermian anterior, a olivelor bulbare, a fibrelor olivocerebeloase şi a fasciculului lui Helweg. Celulele lui Purkinje sînt cel mai mult afectate.

ATROFIA OLIVOCEREBELOASĂ NOICĂ, NICULESCU şi HORNET *boala.* Descrisă de autorii români cu ocazia observaţiei unui caz unic al unui tînăr de 24 ani care prezenta tulburări mari de echilibru în contrast cu minime manifestări de coordinaţie. Afecţiune asemănătoare atrofiei olivocerebeloase a lui Gordon-Holmes, corespunde unei atrofii simetrice a cerebelului cu interesarea cortexului, a substanţei albe şi a nucleilor centrali, asociată cu atrofia olivelor şi parolivelor bulbare.

ATROFIA OLIVOPONTOCEREBELOASĂ DEJERINE, *maladia.* Formă de atrofie cerebeloasă primară, determinată de un proces degenerativ ce cuprinde sistemul olivopontocerebelos, survenind în jurul vîrstei de 50 ani, cu mers rapid, în 3—5 ani tabloul clinic fiind complet. Debutul cu tulburări statice şi de locomoţie, la care se adaugă curînd neîndemînarea membrelor superioare, tulburări grave de vorbire, oscilaţii ale capului şi trunchiului, cîteodată rigiditate parkinsoniană, prăbuşire intelectuală şi tulburări sfincteriene.

ATROFIA OPTICĂ, *semnul.* Caracterizează distrugerea fibrelor nervului optic şi se manifestă oftalmoscopic prin decolorarea globală şi importantă a papilelor nervului optic. Fără a respecta un paralelism absolut, se însoţeşte de diminuarea acuităţii vizuale. Atrofia optică primitivă, cu aspect oftalmoscopic alb cretaceu al papilelor (ale căror margini apar net delimitate), este semnalată în tabes, în traumatismele nervului optic, în compresiunile nervului prin factori tumorali sau de altă natură, în nevrita retrobulbară, în intoxicaţia cu alcool metilic, arsenic pentavalent (tratamentul clasic al luesului), chinică (practicile abortive), sau în afecţiuni degenerative ca : maladia lui Leber, Tay, Sachs ş.a. Atrofia optică secundară, cu papile de culoare alb-cenuşie, cu marginile neregulate sau estompate, este semnalată în etapele tardive de evoluţie ale papilitei sau stazei papilare.

AUDIMUTITATEA, *sindromul.* Tulburare în evoluţia limbajului, caracterizată prin absenţa sau insuficienţa vorbirii articulate la copii cu audiţie şi inteligenţă normală. Evidentă către vîrsta de 3—4 ani, ea evoluează favorabil, fie spontan, fie educativ.

AURA, *semnul.* Cuprinde tulburările care preced foarte de aproape criza epileptică şi care trebue interpretate ca făcînd parte integrantă din paroxismul comiţial, ca primă expresie a acestuia. Este prezentă la peste 50% din epileptici şi se manifestă întotdeauna în acelaşi mod la acelaşi bolnav. Fiind prologul conştient al căderii comatoase inconştiente, poate permite unor bolnavi timpul necesar de a se aşeza pentru a evita accidentele inerente căderii. Manifestările sale au valoare în diagnosticul de localizare al procesului patologic epileptogen. Aspectul său clinic, în raport cu substratul care o generează, poate fi : motor, senzitiv, senzorial, visceral, vazomotor, psihic sau complex.

AUSTREGESILLO-ESPOSEL, *semnul.* Semn de leziune a căilor piramidale. Constă în determinarea extensiei halucelului prin compresiunea gambei respective.

AUTISMUL TRIPTOFANIC, *sindromul.* Nume sub care se înţeleg anumite comportamente autistice ale copilului, determinate de o tulburare metabolică a triptofanului.

Scanned with OKEN Scanner

AUTOMATISM AMBULATOR, *sindromul.* Formă particulară a epilepsiei temporale. Acces paroxistic de tulburare a cunoştinţei, cu caracter crepuscular, cu posibilitatea păstrării capacităţii de îndeplinire a unor acte motorii coordonate, urmat de amnezie totală. De cele mai multe ori este expresia unui paroxism epileptic, poate apărea însă şi ca epifenomen, în perioada crepusculară postcritică. Examenul e.e.g., prin anomaliile de traseu, este edificativ.

AUTOMATISM MEDULAR, *sindromul.* Apare tîrziu, după 3—4 săptămîni de la secţiunea medulară realizată brutal, obişnuit prin factori traumatici sau medicali, timp în care orice răspuns medular la incitaţii diverse este absent. După această perioadă, în afara reflexelor tendinoase, formele de expresie ale automatismului medular sînt reduse : reflexul de flexiune şi de retragere a membrului inferior cu extensia halucelui prin manevra Babinski şi reflexul încrucişat de extensie. Sfincterian, retenţia de urină şi paralizia vezicală se instalează de regulă şi definitiv, cu foarte rare excepţii de emisiuni, după cîteva săptămîni de la debut.

AUTOMATOZA LUI ZINGEREE, *sindromul.* Constă în mişcări forţate de tipul învîrtirii axiale a corpului, ce pot apare spontan, sau determinate prin excitaţii corporale diverse. Raportată iniţial la leziuni ale lobului parietal, în regiunea angulară şi a circumvoluţiunii parietale superioare, ea o fost semnalată şi în leziunile plicei curbe, ale nucleilor de la bază şi ale lobului frontal.

AUTOSOMATOAMNEZIA, *semnul.* Vezi autosomatoagnozia, semnul.

AUTOSOMATOAGNOZIA, *semnul.* Tulburare somatognozică datorită leziunilor de emisfer minor. Ca şi în autosomatoamnezia, fenomenul se exprimă printr-un sentiment de absenţă a hemicorpului afectat, de uitare, de neglijare sau de ignorare a prezenţei acestuia.

AUTOTOPOAGNOZIA, *semnul.* Tulburare gnozică. Semn de perturbare a somatognoziei în leziunile de emisfer major. Constă în dezorientarea bolnavului în raport cu corpul său, cu incapacitatea de a desemna diferitele secvenţe.

AVELLIS, *sindromul.* Excepţional în stare pură, descris în debutul siringobulbiei şi în tabes. Corespunde atingerii pneumogastricului la nivelul nucleului ambiguu şi constă din hemiparalizia voalului palatului şi a corzii vocale inferioare homolaterale. Clinic, tulburări de deglutiţie (în special pentru lichide) şi tulburări de vorbire, voce nasonantă (paralizia voalului), spartă şi bitonală (paralizia corzii vocale).

Scanned with OKEN Scanner

B

BABINSKI, *semnul.* Cel mai autentic şi mai clasic semn de leziune piramidală. Se obţine prin manevra originală descrisă de autor, care constă în excitarea cutanată a zonei plantare externe, genunchiul fiind menţinut în semiflexiune. Extensia halucelui respectiv precizează pozitivitatea semnului.

BABINSKI, *semnul.* Semnul pronaţiei automate. Face parte din grupa micilor semne ale hemiplegiei. Constă în incapacitatea bolnavului de a ţine braţele întinse timp mai îndelungat cu mîinile în supinaţie. Pe partea bolnavă apare destul de repede pronaţia.

BABINSKI-FRÖHLICH, *sindromul.* Sinonim sindromul adipozogenital, frecvent la copil, determinat de o tulburare funcţională a glandei hipofize, de prezenţa unei neoformaţii intracraniene de vecinătate, craniofaringiomul, sau de sekelele unei encefalite cu hidrocefalie cronică, kiste seroase subselare etc. Se caracterizează prin instalarea unei adipozităţi caracteristice, predominant abdominală, oprire în dezvoltare a organelor genitale externe, încetinirea dezvoltării somatice, fără modificări pregnante ale funcţiunilor psihice.

BABINSKI-FROMENT, *sindromul.* Vezi sindromul fiziopatic Babinski-Froment.

BABINSKI-NAGEOTTE, *sindromul.* Sinonim sindromul de hemibulb. Reuneşte cea mai mare parte a semiologiei bulbare. Constă din o hemiplegie de partea opusă a leziunii, mai mult sau mai puţin completă, adesea moderată, cu respectarea feţii, iar de partea leziunii din tulburări cerebeloase cu lateropulsiune, hemiasinergie, tulburări de statică, dismetrie, adiadococinezie şi hipotonie, din semne oculosimpatice, cu miozis, enoftalmie şi strîmtorarea fantei palpebrale, din nistagmus, din paralizia voalului palatului, faringelui şi laringelui, toate aceste semne realizate printr-un ramolisment multiplu şi întins, pendinte de obliterarea părţii terminale a arterei vertebrale.

BACLESSE, *reper radiologic.* Baclesse a imaginat împărţirea bazei craniului prin două diagonale ce trec de la o semibază

la cea de partea opusă printr-un punct comun pe linia sagitală, respectînd cele trei etaje anatomice. Metoda uşurează interpretarea imaginilor radiologice.

BALABAN, *incidenţă radiologică.* Numită şi transorbitară oblică. Proiectează urechea medie şi antrul mastoidian în orbită. Este foarte utilă la sugari pentru studiul îmbolnăvirilor otice. Este asemănătoare, oarecum, cu incidenţa Chaussé III.

BALINT, *sindromul.* Vezi paralizia psihică a privirii.

BALLARD-MILLER, *sindromul.* Cerebroastenie consecutivă unei meningoencefalite. Constă în oboseală la eforturi neînsemnate, tulburări în sfera memoriei de evocare şi mai ales de fixare, uneori tulburări de cunoştinţă cu elemente confuzionale, depresiune psihică, labilitate comportamentală, cefalee persistentă, ameţeli şi algii difuze.

BALÓ, *boală.* Sinonim encefalita demielinizantă concentrică. Afecţiune rară din grupul leuconevraxitelor, fără simptomatologie proprie, diagnosticată necropsic prin punerea în evidenţă, la nivelul substanţei albe a encefalului, a unor focare concentrice, rotunde, formate din suprapunerea în sensul bulbului de ceapă a unor zone demielinizate ce alternează cu alte zone intacte. Boala aminteşte clinic de leucoencefalita periaxială difuză a lui Schilder-Foix, cu evoluţie subacută, progresivă, în puseuri succesive, cu simptomatologie piramidală, cerebeloasă, optică, tulburări de vorbire, convulsii epileptiforme etc.

BARANY, *proba.* Probă instrumentală calorică, folosită pentru precizarea leziunilor căilor vestibulare. Cu ajutorul unui recipient cu apă situat la 30 cm deasupra urechii bolnavului, se irigă urechea externă printr-o canulă cu dublu curent. Proba calorică, rece sau caldă, foloseşte apa la o temperatură cu 8 grade mai puţin, sau respectiv mai mult, decît temperatura normală. Reacţiile obţinute, în speţă nistagmus orizontal, devierea braţelor întinse sau căderea în direcţia secusei lente a nistagmusului pot fi exagerate, apărînd după numai cîţiva centimetri cubi de apă irigată ; pot fi slabe sau pot lipsi cu totul, traducînd leziuni iritative de grade diferite sau, respectiv, distrucţia completă a labirintului sau a nervului acusticovestibular.

BARBITURISM. Stare psihică particulară caracteristică consumatorilor derivatelor barbiturice, toxicomani, epileptici, nevrotici etc. Se manifestă prin lene intelectuală, scăderea capacităţii mnestice, tendinţă la ruminare, lipsă de iniţiativă şi tulburări comportamentale, la care se pot adăuga şi expresii somatice, artromusculare, vestibulare, cutanate etc. Intoxicaţia masivă acută determină coma barbiturică.

BARLOW, *boala.* Sinonim scorbut infantil. Afecţiunea se caracterizează prin leziuni dureroase ale oaselor, determinate de hematoame subperiostice, fapt ce anihilează mişcările copilului, luat la prima vedere drept un paralitic.

BARR, *triada, examen radiologic.* Este formată din trei semne observate pe radiografii, cu valoare de probabilitate, pe baza cărora se poate afirma prezenţa unei hernii posterioare a discului intervertebral. Constă în scolioză, reducerea lordozei (lombară şi cervicală) şi micşorarea spaţiului intervertebral.

BARAQUER-SIMONS-SMITH, *sindromul.* Neuroectodermoză caracterizată printr-o lipodistrofie cu trăsături speciale : atrofia ţesutului celuloadipos în partea superioară a corpului, cu facies volterian care se opreşte la nivelul ombilicului şi crestelor iliace, în partea inferioară a corpului existînd adipozitate (steatopigie). Concomitent apar tulburări neurovegetative şi depresiune psihică.

Scanned with OKEN Scanner

BARRÉ, *manevrele gambei.* Vezi sindromul piramidal deficitar.

BARRÉ-LIEOU, *sindromul.* Sindrom simpatic cervical posterior (Barré, 1925) determinat de iritarea nervului vertebral printr-o leziune de artrită cronică, ce s-ar solda cu spasm al arterei vertebrale şi, deci, o ischemie consecutivă a anumitor sectoare bulbare. Sindromul apare la mişcarea capului, exprimat prin : dureri de cap, vîjîieli, ameţeală, tulburări oculare, fenomene nevralgice şi vazomotorii ale feţei, tulburări faringolaringere etc. Recent, sindromul s-a axat pe artera vertebrală, a cărei traiect este modificat de artroze uncovertebrale. Asemănarea acestui sindrom trecător, astfel creat, cu sindroamele hemibulbare definitive, realizate de tromboze ale arterei cerebeloase posterioare şi inferioare, demonstrează patogenia vasculară episodic compresivă a sindromului Barré-Lieou. Existenţa nosologică a acestui sindrom este încă pusă sub semnul întrebării de numeroşi neurologi.

BATTEN, *boala.* Determinată de hipoplazia congenitală a cerebelului. Se manifestă prin ataxie, adinamie, tremurături şi tulburări de vorbire.

BATTEN, *boala.* Tesaurismoză fosfolipidică cu degenerescenţă cerebromaculară. Formă infantilă tardivă a bolii lui Tay-Sachs (5—7 ani). Vezi maladia lui Bielschowscky.

BATTEN-MAYOU, *maladie.* Formă juvenilă a maladiei lui Tay-Sachs. Apare între 5—15 ani cu semne progresive de demenţă, amauroză şi paralizii ce duc la exitus în 2—3 ani. Etiologie necunoscută.

BATTLE, *semnul.* Întîlnit în traumatismele craniului. Constă în prezenţa unei echimoze retroauriculare care, dacă este însoţită de otoragii continui şi abundente, indică o fractură a stîncii temporalului cu eventuală leziune a sinusului petros sau a bulbului jugular.

BAZOFOBIA, *semnul.* Fobia de a sta în picioare sau de a merge, într-un cuvînt statobazofobie. Apare obişnuit la persoane cu stigmate isterice, întotdeauna urmare a unui şoc emotiv.

BEARD, *maladia.* Epitetul sub care era cunoscută neurastenia la sfîrşitul secolului trecut.

BENEDEK, *semnul* Apare în leziunile căilor piramidale. Constă în evidenţierea flexiunii plantare a piciorului prin percuţia cu ciocanul de reflexe a segmentului mediu al peroneului.

BENEDICT, *sindromul.* Determinat de leziuni (ramolismente, tumori în special) ale calotei pedonculare. Consistă în paralizia perechii a III-a de aceeaşi parte cu leziunea care ar apare concomitent cu atingerea trecătoare a fascicolului piramidal, exprimată printr-o hemipareză frustă controlaterală. Progresiv, se instalează în locul hemiparezei, mişcări involuntare, fie sub formă de tremurături, fie sub formă de diskinezii ample, dezordonate, de tip coreoatetozic.

BEHCET, *sindromul.* Uveomeningită recidivantă, cu evoluţia în pusee. Este caracteristică simptomatologia concomitent oculobucogenitală. Ocular, debut cu irită şi hipopion, cu transmiterea la uveea posterioară. Erupţia herpetică bucogenitală. Stare infecţioasă cu discrete determinări encefalomeningee.

BEHR, *boala.* Afecţiune eredofamilială. Procesul degenerativ apare în copilărie, evidenţiindu-se prin atrofia optică însoţită de semne neurologice piramidale, cerebeloase şi semne trofice (picior bot), anumită debilitate mintală şi cataractă congenitală. Critchley şi L. van Bogaert consideră afecţiunea ca făcînd parte din grupul eredoataxiilor familiale.

BEHR, *sindromul.* Asocierea durerilor şi paresteziilor trigeminale cu pareza nervului motor ocular extern homolateral la evoluţia tumorilor epifaringelui.

Scanned with OKEN Scanner

BELL, *maladia.* Sinonim paralizia facială periferică de etiologie toxiinfecţioasă, traumatică, compresivă, (tumori de unghi pontocerebelos şi în alte segmente ale traiectului facialului), à frigore etc. Se manifestă prin paralizia sau pareza muşchilor mimicei (prozoplegia), incapacitatea de a închide ochiul respectiv (lagoftalmia), devierea ovalului gurii de partea sănătoasă, la care se poate asocia diminuarea senzaţiei gustative în cele două treimi anterioare ale limbii. Evoluţie prelungită pînă la un an, cu vindecare uneori vicioasă, urmată de contractura muşchilor feţei, excepţional cu sindromul lacrimilor de crocodil. Formele fruste, cu evoluţie rapidă, aparent benignă, rămîn suspecte ca manifestare fugace a unei leuconevraxite.

BELL, *semnul.* Prezent în paralizia facială periferică. Constă în devierea în sus şi în afară a globului ocular respectiv, consecutiv efortului bolnavului de a închide ochii.

BERGARA-WARTENBERG, *simptomul.* Prezent în paraliziile facile în curs de instalare sau încă incomplet remise. Constă în lipsa finei vibraţii, decelabilă prin palparea pleoapei superioare, cu ocazia închiderii ochiului.

BERI-BERI, *boala.* Carenţă severă de tiamină care, prelungită peste 12 săptămîni, duce la manfiestări de insuficienţă miocardiacă şi polinevrită, obişnuit distală, simetrică şi ascendentă, cu debut iniţial la membrele inferioare. Paralizia flască se însoţeşte uneori de parestezii penibile. Semnalată în condiţii de alimentaţie monotonă, lipsită timp îndelungat de aport vitaminic.

BERNARD-ROTH, *sindromul.* Sinonim nevralgia parestezică a nervului femural (meralgia parestezică). Vezi capitolul respectiv.

BETA, *ritm, e.e.g.* Vezi activitate rapidă.

BIELSCHOWSKY, *boala.* Tesaurismoză fosfolipidică cu determinarea degenerescenţei cerebromaculară. E forma infantilă tardivă, 2—3 ani, a maladiei lui Tay-Sachs. Domină o simptomatologie extrapiramidală floridă cu deteriorare mintală şi modificări retiniene mai discrete. (Papile atrofice cu pigmentare maculară). Evoluţie lentă, fatală.

BIELSCHOWSKY, *semnul.* Constă în evidenţierea ridicării globului ocular afectat de paralizia perechii a IV-a, prin înclinarea capului pe umărul sănătos, datorită activităţii exagerate a dreptului superior.

BIEMOND, *semnul.* Rotirea capului, la unii bolnavi cu cervicartroză, determină ameţeală, nistagmus, devierea tonică a braţelor şi, posibil, semnul lui Babinski, fenomene determinate prin comprimarea arterei vertebrale cu ischemia teritorială consecutivă.

BILBIIALA, *sindromul.* Tulburare de pronunţie în limbajul vorbit cu o etiologie incertă (ereditate similară, nevropatică, degenerare, plurilinguism, stîngăcie etc.). Apare obişnuit la băieţi în jurul vîrstei de 5 ani, insidios, mai rar brusc, exploziv, coincide cu un şoc emoţional. Analiza clinică diferenţiază fenomene clonice, cu repetarea de silabe sau foneme, şi fenomene tonice, care pun temporar pacientul în imposibilitatea de a emite vreun sunet. Forma mixtă e cea mai frecventă. Patogenic este vorba de o incoordinare a diferitelor organe care participă la vorbire.

BIMASTOIDIANA, *linia, radiologie.* Reper radiologic. Face parte din reperele Fischgold-Metzger, pentru studiul pe tomografie a impresiunii bazilare.

BINSWANGER, *maladia.* Afecţiune întîlnită la hipertensivi arteriali în jurul decadei a 7-a a vieţii, caracterizată esenţial prin demenţă cu tulburări neurologice (deficit motor definitiv, pasager sau recidivant, sindrom pseudobulbar, uneori comiţialitate) sau, din punct de vedere

Scanned with OKEN Scanner

anatomopatologic — singurul examen care permite diagnosticul —, o atingere bilaterală a substanţei albe cu predominanţă posterioară şi periventriculară, vizibilă chiar macroscopic. După unii autori afecţiunea n-ar avea nosologic decît o autoritate îndoielnică, ea făcînd parte din grupa leucoencefalopatiilor arteriosclerotice, iar după alţii, numai cazurile în care nu există decît o atingere izolată a substanţei albe i-ar aparţine.

BLEFAROSPASM. Contractura muşchiului orbicular al pleoapelor, intermitentă sau continuă, determinată de iritaţia conjuctivelor prin corpi străini sau inflamaţii, ca şi de stări psihice precare (isteria).

BLEFARO-NISTAGMUS, *semnul.* Excepţional de rar întîlnit. A fost semnalat într-o tumoră cerebrală şi în encefalite cronice, leziunea generatoare situîndu-se pe fascicolul longitudinal posterior, în apropierea nucleului lui Deiters.

BLEFAROSPASMUL POSTENCEFALITIC, *sindromul.* Vezi spasmul orbicularilor închişi.

BLEFAROSPASMUL REFLEX, *semnul.* Reprezintă contractura obişnuit tonică a orbicularilor, determinată printr-un reflex trigeminofacial la iritaţii dureroase locale.

BLONDEAU, *incidenţă radiologică.* Este o incidenţă radiologică ce se execută în poziţia bărbie-nas-placă, folosită pentru studiul radiologic al orbitelor în scopul de a obţine o imagine simetrică.

BOALA DE CHESON. Maladie cu caracter profesional, întîlnită la cei ce lucrează în chesoane cu aer comprimat la adîncime şi determinată de revenirea prea rapidă la o atmosferă normală. În aceste condiţii, bule de azot atmosferic pătrund în sînge unde, sub formă de embolii, determină hemoragii şi necroze tisulare. Manifestări clinice variate în raport cu sediul leziunii, dureri în membre, ameţeli, surditate, crize convulsive, paraplegie (cea mai obişnuită şi mai severă leziune prin sekele posibile), uneori coma. Lipsa măsurilor profilactice, cu camere de decompresiune lentă şi succesivă duce la aceste accidente.

BOALA GHIARELOR DE PISICĂ. Maladie virotică, semnalată obişnuit la copii, în urma zgîrieturilor sau muşcăturilor pisicii. Apare în primele 6 săptămîni de la accidentul cutanat şi se manifestă cu determinări mielitice, poliradiculonevritice, mai rar encefalitice. Clinic, semne meningeene, uneori coma, convulsii, mai des semne de suferinţă piramidală, cu semnul Babinski prezent, slăbiciune musculară, ataxie şi tremurături. Evoluţie benignă, în 2—8 zile, fără sekele. Biologic hipercitoză lichidiană cu hiperalbuminoză moderată.

BOALA HIPERTENSIVĂ DIN MICA CIRCULAŢIE. Descrisă de Lenègre şi Haţieganu. Mult timp considerată ca o formă clinică a pitiatismului, ea a fost cu timpul diferenţiată, apărînd obişnuit la femei tinere amenoreice cu dispnee, senzaţie de constricţie toracică, transpiraţii şi pierderi scurte ale cunoştinţei. Electrocardiograma indică deviaţii ale axei electrice spre dreapta.

BOALA CU INCLUZII CITOMEGALICE. Boală virală a sugarului, afectat în cursul vieţii intrauterine, caracterizată morfologic prin prezenţa la nivelul tuturor organelor, inclusiv encefalul, de incluzii intranucleare şi citoplasmatice acidofile. Clinic icter, hepatospemomegalie, peteşii, convulsii, astenoapatie. Evoluţie gravă spre exitus. Diagnostic etiologic prin punerea în evidenţă a celulelor epiteliale renale purtătoare de incluziuni în sedimentul urinelor proaspete.

BOALA OCLUZIVĂ. Termen rezervat stenozei progresive pînă la ocluzia definitivă a unui vas arterial cerebral, printr-un proces trombotic evolutiv. Semnele precoce clinice sînt atacuri ische-

Scanned with OKEN Scanner

mice tranzitorii, cu manifestări neurologice focale, trecătoare. În final, instalarea brutală a unei hemiplegii masive şi definitive.

BOALA FĂRĂ PULS. Descrisă de japonezii Myako Nahsi-Takayashu. Este o arterită carotidosubclaviculară, mai frecventă la femei de vîrstă medie. Clinic dispariţia bilaterală a pulsului carotidian şi radial, ameţeli, pareze trecătoare, în special cînd bolnavul priveşte în sus. Evoluţie lent progresivă spre tulburări motorii, orbire etc.

BOGOLEPOV, *semnul.* Semnul piciorului rotit în afară, indică, la un comatos hemiplegia ipsilaterală prin leziune cerebrală. Poate fi pus în evidenţă imprimînd ambelor picioare o rotaţie pasivă maximă, apoi eliberîndu-le. De partea paralizată piciorul nu revine la poziţia iniţială.

BOLLACK, *semnul.* Fenomen funcţional ce permite, uneori, după autor, supoziţia unei staze papilare în afara examenului oftalmoscopic. Consistă în crize de întunecare pasageră a vederii, uneori chiar de cecitate tranzitorie, ce pot surveni de mai multe ori în cursul unei zile, determinate, se pare, de creşterea paroxistică a tensiunii intracraniene şi de spasme vasculare trecătoare ale vaselor retiniene.

BONNET, *semnul.* Variantă a semnului Lasegue, întîlnit în sciatică şi determinat de elongaţia nervului. Manevra de flexiune a coapsei cu aducţia genunchiului provoacă dureri vii pe traiectul sciaticului.

BONNET, *semnul.* Întîlnit în sciatică şi determinat de pierderea consecutivă a tonusului muşchilor fesieri. Constă în absenţa sau coborîrea plinului fesier de partea bolnavă.

BONNET, *sindromul.* Vezi sindromul sinusului cavernos.

BONNET, DE CHAUME şi BLANC, *sindromul.* În cadrul facomatozelor angiomatoase, sindromul lui B, D, şi C se caracterizează printr-o angiomatoză retiniană netumorală, un angiom facial trigeminal şi un angiom arteriovenos talamoencefalic şi mesencefalic, acesta din urmă vizibil la angiografia intracraniană cu soluţie de contrast. Viciul malformativ survine într-un stadiu precoce al embriogenezei. (Sticter).

BORNHOLM, *maladia.* Sinonim mialgia epidemică, miozita epidemică, pleurodinia epidemică. Iniţial semnalată în ţările scandinave sub formă de epidemii. Tabloul clinic caracteristic cu dureri musculare, tuse, strănut, dureri toracice penibile, uneori reacţie meningeană cu pleiocitoză. La copil pot apare dureri abdominale cu caracter înşelător. Afecţiunea este determinată de un enterovirus Coxsackie şi are obişnuit o evoluţie benignă.

BORNSTEIN, *triada simptomatologică.* Caracterizează criza epileptică rolandică parţială, în care, dată fiind întinderea considerabilă a piciorului acelei regiuni, leziunea generează atacul ce se limitează la un segment corporal, în cazul de faţă limba. Epilepsia lingual debutează cu parestezii urmate de clonii ale jumătăţii limbii, masticaţie, diglutiţie şi hipersalivaţie. La această expresie clinică, în cazul difuzării din aproape în aproape a teritoriilor învecinate, se pot adăuga deviaţia conjugată a capului şi a ochilor, precum şi halucinaţii auditive prin interesarea girusului transvers al lui Heschl, completînd astfel triada descrisă de Bornstein.

BOSA CRANIANĂ, *examen radiologic.* Examenul radiologic urmăreşte să pună în evidenţă conţinutul bosei, dacă are sau nu comunicare cu cavitatea craniană şi dacă există leziuni osoase de vecinătate. (Vezi radiografia tangenţială).

BOTEZ-FRADIS, *semnul.* Sinonim reflexul de apucare a piciorului. Normal pînă la vîrsta de 2 ani, reapariţia lui ulterioară denotă o stare patologică a sistemului nervos central. Constă în atingerea

Scanned with OKEN Scanner

plantei cu degetul sau cu un obiect, lucru ce determină flexiunea tonică a degetelor piciorului.

BOTULISMUL, *boala*. Intoxicaţie alimentară prin consum de alimente conservate alterate (conserve de zarzavaturi, carne, peşte, cîrnaţi) care conţin toxina elaborată de Clostridium botulinni. Incubaţia 1—2 zile. Debut cu tulburări gastrointenstinale moderate, uscăciunea limbii şi mucoasei bucale, paralizii diverse, flasce, ale nervilor cranieni, cu oftalmoplegie, diplopie, strabism, midriază, pierderea acomodaţiei la distanţă, paralizii ale deglutiţiei şi fonaţiei, cu posibilitate de difuzare la muşchii respiratori (forme grave) şi scheletici, determinate de acţiunea toxinei la nivelul joncţiunii mioneurale, blocînd transmiterea în fibrele nervoase colinergice, prin împiedicarea eliberării de acetilcolinic. Evoluează fără febră şi fără modificări ale lichidului cefalorahidian.

BOURDE, *semnul*. Prezent în paralizia obstetricală a umărului. Constă în incapacitatea bolnavului de a saluta soldăţeşte, mîna sa atingînd grotesc fruntea.

BOURNEVILLE, *boala*. Sinonim scleroză tuberoasă, epiloia, facomatoza. Maladie ereditară şi familială, determinată de o displazie embrionară a nevraxului cu tendinţă neoplazică blastodermică. Clinic este caracterizată prin tetrada simptomatologică : oligofrenie, epilepsie, adenome cutanate ale feţii şi noduli cerebrali. Simptomatologia cutanată — uneori foarte bogată, cu prezenţa adenomelor sebacee de tip Pringle sau de tip Balzer pe teritoriul trigeminal, ca şi a tumorilor periunghiale de tip Koenen, a numeroaselor molusca-pendula la baza posterioară a gîtului şi a petelor cafea cu lapte pe torace — este foarte caracteristică. În unele cazuri s-a semnalat prezenţa de tumori retiniene, precum şi la nivelul viscerelor.

BOVARYSM. Viaţă imaginativă, la periferia vieţii reale, capabilă să determine fascinaţii conştiente, cu manifestări ce caracterizează coma isterică.

BRACHIALGIA PARESTEZICĂ NOCTURNĂ. Afecţiune mai frecventă la femei în perioada menopauzei, explicată prin procesul de tracţiune pasivă, generat de hiperlaxitatea articulară din timpul somnului. Constă în defecte de percepţie însoţite de dureri cu caracter neliniştitor, nevrozant. La realizarea sindromului concură osteocondroze ale coloanei vertebrale, tulburări circulatorii periferice, artrite, polinevrite periferice, anomalii de metabolism etc.

BRACHIBAZIA, *semnul*. Propriu sindromului pseudobulbar. Constă în caracterul patognomonic al mersului cu paşi mici. Bolnavul înaintează încet, ezitant, detaşează cu dificultate picioarele de sol, reuşind cu greutate a plasa un picior înaintea celuilalt. Exprimă o tulburare a automatismului mersului.

BRADIKINEZIA, *semnul*. Prezent în sindromul parkinsonian. Constă în lentoarea şi împuţinarea mişcărilor care iau aspectul unui film expus cu încetinitorul. În toată activitatea parkinsonianului numai tremurăturile sînt repezi.

BRILL, *boala*. Recrudescenţă a tifosului, care apare după mai mulţi ani de la primul atac, cu o simptomatologie ştearsă, uneori fără erupţie şi cu dureri de cap puternice, care domină suferinţa bolnavilor. Diagnosticul se pune pe baza titrului ridicat de anticorpi faţă de antigenul tific.

BRIQUET, *sindromul*. Complement dramatic al isteriei. Constă în paralizia diafragmatică ce survine la persoane cu un bogat trecut de manifestări funcţionale.

BRISSAUD-SICARD, *sindromul*. Este un sindrom protuberanţial de tipul Millard-Gubler cu simptomatologie redusă. Paralizia facială este parcelară, inferioară ori superioară şi poate fi înlocuită cu hemispasm facial.

Scanned with OKEN Scanner

BROSSARD, *boala.* Formă rară de miopatie localizată la membrele inferioare. Debutul se produce la nivelul interosoşilor şi a tricepsului sural, cu extensie femurotibială şi însoţită de grifă a degetelor picioarelor.

BROŞTEANU, *semnul.* Vezi reacţia paradoxală e.e.g.

BROUWER, *maladia.* Vezi atrofia cerebeloasă difuză Brouwer.

BROWN-SEQUARD, *sindromul.* Sinonim hemiplegia spinală sau sindrom de hemisecţiune medulară. Realizat în condiţii etiologice speciale : traumatism (lovitură de cuţit între două vertebre), compresiune medulară laterală etc. Sindromul interesează o jumătate laterală a măduvei spinării cu compromiterea funcţională a elementelor anatomice de la acest nivel. Clinic, se caracterizează printr-o hemiplegie directă (distrugerea fasciculului piramidal), hemianestezie profundă directă (interesarea cordonului posterior) şi hemianestezie superficială încrucişată pentru tact, dureri şi temperatură (interesarea fasciculului spinotalamic).

BRUDZINSKI, *semnul.* Caracteristic sindromului meningean. Evidenţiază contractura musculară prin două manevre : semnul cefei, care constă în flectarea cefei bolnavului situat în decubit dorsal, acţiune ce se însoţeşte de o flexiune spontană a gambei pe coapsă şi a coapsei pe bazin, şi reflexul controlateral, care constă în flectarea pronunţată a gambei pe coapsă şi a coapsei pe bazin, manevră ce se însoţeşte, în caz de afecţiune meningeană, de flexiunea asemănătoare a membrului inferior de partea opusă.

BRUNS, *semnul.* Sinonim vertijul de poziţie. Consistă în apariţia fenomenelor vertiginoase, chiar a crizei tonice sau a sincopei, cu ocazia schimbării poziţiei capului în cazul tumorilor celui de al IV-lea ventricul.

BUCY, *schema.* Schemă propusă de neurochirurgul Bucy pentru a explica apariţia tremurăturii intenţionale şi de repaus. După acest autor impulsurile generatoare ale tremurăturilor iau naştere la nivelul cortexului precentral şi se transmit la coarnele anterioare prin calea piramidală. În mod normal, există circuite de control care împiedică apariţia acestor tremurături. Pentru tremurătura intenţională circuitul este corticomigro-palidotalamocortical.

BULIMIA, *sindromul.* În cadrul tulburărilor de instincte, proprii unor bolnavi mintali şi neurologici (demenţa precoce, imbecilitatea, paralizia generală, senilitate), bulimia reprezintă o nevoie morbidă de a ingera exagerat alimente.

BURTON, *semnul.* Lizereu gingival de culoare albăstrui-cenuşie evident exprimat la colul dentar al intoxicaţiilor cu plumb.

BUSSE-BUSCHKE, *boala.* Micoză viscerală diseminată produsă de Criptococcus neofarmans, ciupercă saprofită capabilă să infesteze omul prin sol, plante, sucuri de fructe, cuiburi de albine, produse animale etc. Criptococcoza visceralizată atinge în 80—90% din cazuri sistemul nervos central, sub forma de meningoencefalită cu localizare pe leptomeninge, creier, cerebel şi trunchi cerebral, sau, mai rar, sub forma unei encefalite în focar, ambele secundare unei prime infecţii cunoscute. Evoluţie progresivă spre exitus.

BYWATERS, *sindromul.* Sinonim sindrom de zdrobire, caracterizat prin stare de şoc traumatic de un aspect cu totul special şi de prognostic foarte grav determinat de blocarea renală prin strivirea întinsă de ţesuturi.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

C

CALIFICAREA VASCULARĂ CEREBRALĂ IDIOPATICĂ, *boala.* Vezi Fahr, maladia.

CALCINOZA CEREBRALĂ, Vezi boala lui Fahr.

CANAL CERVICAL, *stenoza.* Anomalie congenitală susceptibilă să se decompenseze către a 4-a sau a 5-a decadă a vieţii, provocînd o paraplegie spasmodică progresivă. Aplicarea mielobulbografiei gazoase dinamice precizează diagnosticul. Reducerea protecţiei spaţiului subarachnoidian faţă de fenomenele traumatice care însoţesc mobilitatea, şi aşa excesivă a acestui segment vertebral, determină suferinţa piramidală ca şi a celorlalte cordoane ale măduvei.

CANALUL SPINAL, *examen radiologic.* Examinarea radiologică a canalului spinal se face în condiţii inferioare în comparaţie cu examenul encefalului. Limitat în posibilităţi din cauza condiţiilor anatomice, examenul radiologic este, totuşi, capabil să aducă elemente preţioase pentru orientare şi diagnostic. De regulă, acestui examen i se pretinde să hotărască dacă există o compresiune intraspinală, să precizeze sediul şi punctul de plecare, să stabilească rapoartele cu formaţiunile vecine şi, dacă este posibil, să indice natura ei. Sînt două metode de examinare :

1) examenul radiografic de rutină al coloanei vertebrale ;

2) examenul radiologic cu mijloace de contrast, care, după felul contrastului, se împarte în două grupe :

a) metode care folosesc contrast pozitiv (materii opace, iod) ; mielografia opacă ; arteriografia şi flebografia vertebrală.

b) metode care folosesc contrast negativ (aer) ; mielografie gazoasă.

Examenul radiografic de rutină, ca şi la encefal, dă numai semne indirecte, procesele intraspinale putînd modifica elementele osoase învecinate în timpul dezvoltării lor, cu condiţia ca evoluţia să fie lentă şi progresivă.

Examenul radiografic cu mijloace de contrast, cu variantele lui, are avantaje şi dezavantaje explicate de condiţiile anatomice ale regiunii. Din cauza curburii fiziologice, în regiunea toracală vehicula-

rea substanţei opace se face cu greutate, neputîndu-se asigura un control al tranzitului, unele procese mici de compresiune trecînd neobservate. Imaginile obţinute prin mielografia gazoasă nu sînt, nici ele, mai concludente. Relativ la alegerea metodei de examinare, părerile sînt împărţite, după preferinţă. Deşi nu întotdeauna mielografia gazoasă este indicată, ea ar putea marca totuşi examenul de început, la îndemîna oricărui serviciu dotat cu aparatură mai puternică, pentru avantajele incontestabile ce le prezintă. Bolnavii vertebromedulari nu pot şi nici nu trebuie să fie supuşi tuturor examenelor de investigaţie radiologică la îndemînă. Important este ca fiecare afecţiune să fie cercetată cu metoda ce oferă cele mai multe şanse pentru lămurirea cazului şi aceasta se poate realiza numai printr-o strînsă colaborare clinico-radiologică.

CANCERUL SECUNDAR AL RAHISULUI, *boala.* Apare obişnuit de la 1—3 ani după ivirea cancerului primitiv, în special cel al sînului, prostatei, tiroidei, rinichiului, pulmonului etc. În forma osteoelastică vertebrele se prăbuşesc respectînd discul intervertebral, pe cînd forma osteoplastică, obişnuit lombară, transformă vertebrele într-un bloc tumoral de os dens cu urme abia vizibile ale discurilor. Clinic, se instalează o paraplegie progresivă spasmodică sau flascospasmodică, dureroasă, rar cu gibozitate. Semnele radiologice sînt precoce şi premerg apariţia semnelor clinice. Patogenic, este vorba de compresiunea medulară şi a rădăcinilor prin masa osoasă, prăbuşirea vertebrală, pachimeningita canceroasă, compresiunea vaselor medulare etc.

CANDIDA, MENINGOENCEFALITA, *boala.* Vezi meningoencefalita cu candida, boala.

CAPILAROZA RETINIANĂ. Semn obiectiv al pierderii memoriei recente, descris de Dan C. Begu în 1968. Constă în vizualizarea oftalmoscopică a unor puncte multiple, de mărimea unei gămălii de ac, de culoare gălbuie, răspîndite pe retină, în special în regiunea maculară. Reprezintă mici zone de ramolisment retinian, generate de o circulaţie precară locală şi de alterări ale pereţilor vasculari, asimilabile unor leziuni identice şi paralele ale micilor vase cerebrale, în special ale scoarţei, capabile să adultereze integritatea zonelor memoriei, circuitul lui Papez.

CARFOLOGIA, *semnul.* Mişcări neliniştite ale degetelor, în permanenţă agitaţie, mimînd gustul de apucare a unor obiecte imaginare sau de acoperire cu cuvertura. Caracterizează stări grave toxiinfecţioase (delirium tremens, encefalite grave, febra tifoidă etc.).

CATALEPSIA. Capacitatea bolnavului de a păstra indefinit poziţiile cele mai complicate. Poate surveni în atacuri, ocazie cu care încetează orice activitate voluntară, corpul şi membrele păstrînd poziţia imprimată sau în care se găseau. Întîlnită în afecţiuni neuropsihice, leziuni vasculare, sindrome involutive, isterie, demenţă precoce.

CATALEPSIA CEREBELOASĂ, *semnul.* Descris de Babinski în leziunile de emisfer cerebelos. Constă în capacitatea bolnavului, aflat în decubit dorsal, de a menţine timp îndelungat, fără a obosi, membrul inferior ridicat deasupra patului, cu articulaţiile genunchiului şi coxofemorale flectate în unghi drept.

CATAPLEXIA, *semnul.* Pierderea subită a tonusului de atitudine cu cădere, fără alterarea stării psihice. Este generată de inhibiţia funcţiunilor vigile ale reticulatei, de cauză necunoscută.

CATATONIA, *semnul.* Este capacitatea bolnavului de a păstra timp îndelungat posturi incomode, într-o totală imobilitate. Se întîlneşte frecvent în schizofrenie şi unele encefalite.

CAUZALGIA, *sindromul.* Descris de Weir-Mitchell. Apare obişnuit în perioada

Scanned with OKEN Scanner

de vindecare a unui traumatism, uneori minim, ce angajează nervul median, cubital sau sciatic şi este tipul de sindrom neurovegetativ reflex, în care la manifestările vasomotorii, secretorii şi trofice, se asociază dureri atroce. Durerea are caracter de arsură, uneori extrem de penibilă, cu iradiere în traiectul nervului şi la teritoriile învecinate, continuă şi cu exacerbări la căldură şi la orice alt excitant psihic sau fizic. Local pielea este lucioasă, roşie, subţiată, acoperită de sudoare, degetele umflate, conice, cu unghiile striate şi redori articulare. Algiile pot fi provocate şi de excitaţii la distanţă, din alte teritorii cutanate (sinestezalgii). Starea anxioasă şi depresivă a bolnavilor se amplifică progresiv. Patogenic, este vorba de o iritaţie dureroasă a nervului cu realizarea unei nevrite atenuate, la care se adaugă (Tinel) o reacţie cauzalgică datorită iritaţiei dureroase a fibrelor sensibilităţii vasculare sau vasosensibile.

CECITATEA CORTICALĂ, *sindromul.* Absenţa percepţiei luminoase, determinată de procese care interesează bilateral cortexul occipital sau căile optice retrogeniculate.

CEFALEEA, *radiologie.* Examenul radiologic de orientare este indicat pentru a elimina existenţa unui angiom cerebral, a meningiomului aripii sfenoidale sau al convexităţii. El este, în special, indicat în cefaleele asociate cu afecţiuni nazale ale sinusurilor, în durerile oculare ca şi în cele posttraumatice. În ceea ce priveşte nevralgiile nervilor cranieni, examenul radiografic este indicat, mai ales, în cele provocate de malformaţii ce se dezvoltă în vecinătatea acestor nervi.

CEFALEEA TABACICĂ, *sindromul.* Determinată de acţiunea complexă a tutunului, toxică, circulatorie, hipoxică, hipopotasemică, hiperadrenalinemică, vazoconstrictivă cu vazoparezăş etc. Apare în raport direct cu intensitatea intoxicaţiei şi afectează, în special, constituţiile migrenoase, nevrotice, arteriosclerotice etc. De intensitate moderată, durerea are un caracter difuz sau localizată frontotemporal.

CEFALHEMATOMUL, *sindromul.* Colecţie de sînge extravazat, cu localizare sub periostul parietal, uneori occipital, evoluînd obişnuit asimptomatic spre vindecare. Apare în urma traumatismelor obstetricale la noii născuţi.

CELULE ETMOIDALE, *radiologie.* Imagini destul de mulţumitoare ale celulelor etmoidale anterioare se obţin prin incidenţele Tcheboul, Schuller-Hirtz pentru anterobază şi Rhese pentru celulele etmoidale posterioare. Incidenţa cea mai bună este cea de profil.

CELULOSCIATICA, *sindromul.* Descris de Alquier, Paviot şi Dechaume. Constă în dureri localizate ale sciaticului, determinate de înglobarea fibrelor nervoase ale nervului în placarde celulitice ale fesei, coapsei sau moletului.

CENESTOPATIA, *sindromul.* Etichetat cu acest nume de Dupré şi Camus, sindromul, în afara oricărei stări delirante, constă în percepţia de senzaţii anormale, răspîndite în diverse părţi ale corpului, în special la cap, torace şi abdomen, penibile, mai mult obsedante decît dureroase şi încărcate pregnant de nelinişte. Natura pur psihică a acestui sindrom este încă discutabilă.

CERCURILE LUI WEBER, *semnul.* Metodă aplicată pentru judecarea discriminării tactile în cadrul tulburărilor de sensibilitate. Constă în atingerea pielii, simultan, cu cele două ace ale unui compas, a cărui deschidere se măreşte pînă la percepţia a două senzaţii distincte.

CEREBELLAR FITS, *semnul.* Vezi atacul tonic.

CERULOPLASMINA, *laborator.* Se consideră că 95% din cuprul seric este legat la om de o alfa — 2 — globulină.

Scanned with OKEN Scanner

formînd, astfel, o proteină albastră, denumită ceruloplasmină, care are proprietăţi de oxidază, rol în transportul cuprului de la ficat la alte organe, şi, poate, şi ca proteină de depozit cupric. Determinarea ei în laborator foloseşte activitatea sa oxidazică, datorită conţinutului cupric, faţă de parafenil — diamina, cantitativ sau colorimetric. În majoritatea cazurilor de degenerescenţă hepatolenticulară, ceruloplasmina se găseşte sub 0,10 unităţi Ravin, cifră considerată normală.

CESTAN ŞI CHENAIS, *sindromul.* Este o formă frustă a sindromului Badinski-Nageotte. Cuprinde simptomatologia sindromului lui Avellis (paralizia homolaterală a voalului palatului şi a corzii vocale inferioare) la care se adaugă semne ale atingerii simpaticului ocular şi al unei hemiplegii aleterne.

CHADDOK, *semnul.* Indică leziunea fasciculului piramidal. Constă în extensia halucelui determinată de excitaţia cutanată în semicerc, în jurul şi în afara maleolei externe respective.

CHAMBERLAIN, *linia, radiologie.* Linie de reper pe secţiune tomografică în plan sagital a etajului posterior cranian. Se întinde de la extremitatea posterioară a palatului dur la marginea posterioară a găurii occipitale şi se foloseşte pentru diagnosticul impresiunii bazilare congenitale. În mod normal, vîrful odontoidei se găseşte la nivelul liniei de reper.

CHARCOT, *boala.* Vezi scleroza laterală amiotrofică.

CHARCOT-JOFFROY, *boala.* Sinonim pahimeningita cervicală hipertrofică. Reprezintă hipertrofia inflamatorie cronică a meningelor, localizată la regiunea cervicală inferioară cu sudarea celor trei foiţe meningeale şi îngroşarea masivă a durei. Procesul hipertrofic comprimă rădăcinile cervicale şi măduva, determinînd clinic, la început, dureri vii la nivelul gîtului, cefii, între umeri, cu iradieri în membre, urmate progresiv de paralizii în special ale membrelor superioare, cu amiotrofii de tip Arran-Duchenne şi, în final, sindrom piramidal cu deficit motor al membrelor inferioare. Originea acestei afecţiuni este adesea luetică.

CHARCOT-MARIE, *boala.* Vezi amiotrofia Charcot-Marie.

CHARCOT-WILBRAND, *sindromul.* Determinat de leziuni obişnuit vasculare sau expansive ale lobului occipital, cu sediul la nivelul ariei a 19-a de partea stîngă sau bilateral. Se caracterizează prin pierderea memoriei vizuale pentru morfologia obiectelor, a topografiei, a culorilor, precum şi prin incapacitatea de reţinere a formelor vizuale din timpul viselor.

CHARLIN. *sindromul.* Sinonim nevualgia lui Charlin. Simpatalgie facială cu accese dureroase puternice şi de lungă durată, însoţite de o înroşire masivă a globului ocular şi lăcrimare abundentă. Cedează la tratamentul cocainic al mucoasei nazale.

CHARNLEY, *manevra.* Pozitivă în sciatica radiculară. Constă în limitarea antalgică a ridicării membrului inferior extins, la un unghi de peste 30—40°.

CHAUSSÉ II, *incidenţa, radiologie.* Este recomandată pentru studiul marginii posterioare, a feţei inferioare a stîncii şi a găurii rupte posterioare. Realizarea şi interpretarea sînt însă dificile.

CHAUSSÉ III, *incidenţa, radiologie.* Se obţine o imagine homolaterală şi tangenţială a temporalului, punînd în evidenţă urechea medie şi labirintul.

CHAUSSÉ IV, *incidenţă, radiologie.* Incidenţă occipitozigomatică. Este o variantă a incidenţei Stenvers (Vezi stînca temporalului şi Stenvers).

CHEIA COURTADE, *electrologie.* Contactor cu două leviere care permite trimiterea în circuitul de utilizare a unui

Scanned with OKEN Scanner

curent electric de un anumit sens, sau de sens invers, prin apăsarea unuia dintre leviere.

CHEIROMEGALIA, *semnul.* Tulburare trofică întîlnită în siringomielie, generată prin interesarea coarnelor laterale în procesul de expansiune a cavităţii intramedulare. Constă în hipertrofia mîinilor, prin asociaţia de distrofii osoase şi articulare.

CHILIMAN, *semnul.* Indică leziunea fascicolului piramidal. Constă în extensia halucelui, determinată prin fricţiunea şi flexiunea degetului mic al piciorului respectiv.

CHININA, *intoxicaţia.* Calităţile abortive ale drogului justifică frecvenţa, încă simţitoare, a cazurilor de intoxicaţie. Dozele de 8—15 gr. sînt mortale, cu comă profundă şi moartea prin paralizie centrală. Cazurile de intoxicaţie moderată se manifestă prin greaţă şi vărsături, urmate rapid de zgomote caracteristice în ureche şi vertij nesistematizat. La cîteva zile se produc leziuni, obişnuit ireversibile, ale nervului acustic şi optic.

CHORIOMENINGITA, *boală.* Meningită virotică, a cărui virus a fost identificat de Armstrong şi Lillie în 1934. Determinată prin contactul cu anumite rozătoare infectate (şoareci şi şobolani), sau cu alimente infectate de acestea. După un stadiu prodromic de o săptămînă, cu stare de slăbiciune, abatere, curbatură, apar semne meningiene nete, fotofobie, redoarea cefei, cefalee puternică, vărsături şi stare generală alterată. Pleiocitoza limfocitară este de ordinul miilor, punînd în balanţă diagnosticul diferenţial cu meningita t.b.c. În medie, evoluţia este de 4 săptămîni, putîndu-se prelungi, cu un pronostic relativ benign. Prezenţa anticorpilor este semnalată din a doua săptămînă de boală.

CHRONOTARAXIS, *semnul.* Confuzie în orientarea temporală, cu incapacitatea de a identifica datele şi de a aprecia durata timpului.

CICLU, *e.e.g.* Serie completă de variaţii de potenţial constituind o undă, pînă cînd aceeaşi serie se repetă.

CIFOSCOLIOZE, *radiologie.* Modificările staticei vertebrale sînt însoţite de o ieşire din alinierea normală a segmentelor vertebrale, paralel cu întinderi şi cu îngroşări ale ligamentelor intraspinale. Ele sînt urmate de dezechilibru al staticei vertebrale în sens frontal şi sagital care poate genera mielopatii. De etiologia variată (congenitale, juvenilă, rahitică, neuropatică, cicatricială), cu consecinţe grave ce se pot răsfrînge asupra coloanei vertebrale în totalitate, bazin, trunchi, craniu. Examenul radiologic trebuie să precizeze punctul de plecare al modificării staticii vertebrale, eliminînd drept cauză afecţiunile din complexul pelvicoxofemoral. În acest scop, se foloseşte toată gama de metode radiografice, examenul de rutină, mielografia gazoasă şi tomografia. Vezi coloana vertebrală.

CISTICERCOZA CEREBRALĂ, *boala.* Determinată de forma larvată a teniei solium. Citată în special la adulţi. Cisticercii, numeroşi şi răspîndiţi în masa nervoasă sau în spaţiul meningean al cisternelor, pot apare, în acest din urmă caz, grupaţi în ciorchine (cisticercoza racemoasă) plutind în l.c.r. Formele intraparenchimatoase au o evoluţie îndelungată, uneori asimptomatică, cu tendinţa la calcificare. Semnele clinice ale cisticercozei cerebrale sînt apanajul obişnuit al localizărilor cisternale sau intraventriculare, debutînd cu cefalee progresivă, iritaţie meningeană, atacuri epileptice frecvent focale sau generalizate, hipertensiune intracraniană prin meningita consecutivă sau obstructivă prin masa parazitară. Examenul radiologic, cu semnele de hipertensiune intracraniană sau cu prezenţa de chisturi calcificaţi, ca şi testul de precipitare cu antigen de cisticerci de

Scanned with OKEN Scanner

porc, sau testul de fixare a complementului, pot îndruma diagnosticul. Evoluţia e progresivă, pronosticul grav, terapia chirurgicală foarte dificilă, neavînd rezultate satisfăcătoare decît în posibilitatea extirpării chisturilor.

CISTICERCOZA MEDULARĂ, *boala*. Localizare foarte rară a parazitului (aproximativ 5% din totalul cisticercozelor nervoase), cu o topografie intramedulară, extramedulară sau mixtă. În afara altor localizări concomitente, ceea ce este excepţional, cisticercoza medulară reprezintă forma cea mai benignă, posibil vindecabilă chirurgical. Aspectul anatomopatologic este cel obişnuit al cisticercozei cerebrale, în speţă forma chistică sau racemoasă. Infestarea medulară se poate face pe cale hematică, pe cale directă subarachnoidiană, cu plecarea de la o parazitoză racemoasă encefalică şi pe cale ventriculoependimară. Simptomatologia îmbracă tabloul clinic al proceselor compresive cu evoluţie lungă. Diagnosticul se pune pe baza reacţiilor biologice, eosinofilia crescută şi al celorlalte teste proprii cisticercozei.

CITOALBUMINORAHIA, *laborator*. Cercetarea echilibrului citoalbuminos al lichidului cefalorahidian poate da indicaţii orientative preţioase în stabilirea diagnosticului unor afecţiuni nervoase. Astfel, un lichid clar, cu pleiocitoză limfocitară, presupune o afecţiune a parenhimului nervos. Un lichid tulbure, cu pleiocitoză de tip polinuclear, indică inflamaţii ale meningelor, iar creşterea simultană a albuminei cu pleiocitoză sînt complementele biologice ale meningitelor acute, ale meningitelor t.b.c. şi ale meningitelor luetice. Vezi mai departe sindromurile disociative albuminocitologice şi citoalbuminoase.

CITOPATOLOGIA LICHIDULUI CEFALORAHIDIAN, *laborator*. Determinată prin numărătoarea imediată în celula Nageotte sau Fuchs-Rosenthal. Normal sînt prezente limfocite 0,5/mm³. Între 0—10 limfocite pe milimetru cub, lichidul rămîne clar, putînd fi vorba de o uşoară reacţie meningeană. Între 10—100 elemente pe milimetru cub, cu tipul de celule care variază în raport cu cauza, se precizează o reacţie meningeană. Între 100—300 elemente pe milimetru cub cu 5—40% polinucleare şi 60—95% limfocite adulte, diagnosticul de laborator orientează spre o meningită tuberculoasă, în timp ce predominenţa polinuclearelor la 90% din cazuri indică un proces purulent cu germen. Prezenţa mononuclearelor polimorfe 100/100 indică o meningită limfocitară benignă, în timp ce în leptospiroze, numărul elementelor este variabil, cu o egală proporţie de polinucleare şi mononucleare. Între 300—1 500 elemente pe milimetru cub, cu mononucleare polimorfe 100/100, diagnosticul de meningită limfocitară benignă se impune. Peste 1 500 elemente pe milimetru cub, cu 90% polinucleare, indică o meningită purulentă. Prezenţa masivă de globule roşii l.c.r. poate indica o hemoragie meningeană de etiologie ce rămîne de precizat prin alte semne clinicoparaclinice, pe cînd un accident de puncţie poate fi uşor precizat prin metoda prelevării lichidului în trei eprubete, sîngele apărînd masiv în prima eprubetă, mai puţin în a doua şi abia semnalat în a treia.

CLAUDE, *semnul*. Sinonim semnul hiperkineziei reflexe, prezent uneori în hemiplegia organică. Constă în determinarea, printr-o excitaţie a membrului paralizat şi incapabil de orice mişcare voluntară, a unor mişcări reflexe de extensie sau de retragere. După Claude, semnul are şi o valoare prognostică funcţională în favoarea unei restituţii a mobilităţii.

CLAUDICAŢIA INTERMITENTĂ A MĂDUVEI SPINĂRII, *sindromul*. Descris de Dejerine, în 1894. Constă în apariţia de scurtă durată şi repetată a

Scanned with OKEN Scanner

unor paralizii sau pareze medulare generate de tulburări vazomotorii, pe fondul unor leziuni arteriale preexistente, trombangeita obliterantă Buerger, arterita specifică etc). Sindromul premerge uneori cu mulţi ani instalarea unei paraplegii definitive.

CLAZOMANIA, *semnul.* Semnalat în encefalita letargică şi în anumite forme ale epilepsiei. Descris de Benedek. Constă în crize de ţipete stridente ce se pot prelungi cîteva minute. E o manifestare a stării crepusculare critice.

CLIMALIZA, *electrologie.* Reobaza este intensitatea liminară eficientă a unui curent electric stabilit brusc ; dacă însă curentul creşte progresiv, după o pantă mai mult sau mai puţin înclinată, răspunsul poate fi suprimat. Panta cea mai înclinată la care se obţine încă excitaţia, (pragul), este climaliza. Valoarea se exprimă în microfarazi (din motive tehnice) şi valoarea normală pentru nerv şi muşchi este de 1—2 microfarazi.

CLONUS, *semnul.* Întîlnit în leziunile căilor piramidale. Constă în apariţia spontană sau în determinarea unor trepidaţii ritmice, prin alungirea bruscă a unui tendon. Clonusul rotulin se produce prin imprimarea unei presiuni puternice asupra rotulei în direcţia distală, iar clonusul piciorului prin flexiunea dorsală subită a acestui segment, bolnavul fiind în decubit.

CLORURA DE METIL, *intoxicaţie.* Substanţă chimică cu numeroase utilizări biologice şi industriale, în special la agregatele frigorifice. Foarte volatilă, manipulată greşit duce la intoxicaţii, uneori foarte grave, cu comă şi exitus. Calea de pătrundere în organism este cea respiratorie (concentraţia maximă admisă este 210mg/m^3). În intoxicaţiile lente, semnele clinice sînt asemănătoare nevrozei, la care se adaugă tulburări cerebeloase, tulburări de vorbire, tulburări de vedere, cu scotom şi scăderea acuităţii vizuale, uneori atingeri de nervi periferici, cu amiotrofii şi tulburări vegetative, tulburări viscerale, pulmonare, digestive şi renale. Patogenic, toxicul acţionează asupra diencefalului (tulburări vegetative), cerebelului, trunchiului cerebral, în special asupra substanţei reticulate.

CLORURORAHIA, *laborator.* Conţinutul normal în NaCl/100 mm^3 al l.c.r. este de 700—760mg, cu o medie de 730mg/100ml. Se semnalează hipercloruror ahii cu cifre care depăşesc 760mg/100ml, putînd ajunge pînă la 900mg/100ml în afecţiuni ca : nefrita cu retenţie clorurată, nefrita cronică azotemică (uremie), în congestiile renale din cursul unor procese infecţioase sau de altă natură. Hipoclorurorahia este mai importantă, ea relevînd stări patologice severe. Astfel, meningita tuberculoasă prezintă valori de NaCl de 500—600mg/100ml în 70% din cazuri. În meningitele acute, valorile de NaCl se situează între 600—680mg/100ml, iar în meningitele cronice valorile ating cifre de 720—730mg/100ml. lichid.

COADA DE CAL, *sindromul.* Afectarea rădăcinilor rahidiene lombosacrate (L_2—S_5) în trecerea lor prin canalul vertebral respectiv, prin cauze diverse : osoase (metastaze, sondilite t.b.c., fracturi, hernii discale), tumorale (neurinome etc.), inflamatorii (arachnoidite supurative, epidurite), iritative (lipiodol) constituie sindromul cozii de cal. Se descrie un sindrom complet (L_2—S_5) cu paralizia membrelor inferioare, areflexie, hipotonie şi amiotrofie, tulburări de sensibilitate pînă la inguine, inclusiv anestezia în şea, tulburări sfincteriene şi genitale, precum şi tulburări trofice, fără semnul Babinski. S-a descris, topografic, un sindrom superior (L_2—L_4) cu o simptomatologie predominent crurală, un sindrom mijlociu (L_5—S_2), în care afectarea sciaticului este pe prim plan şi un sindrom inferior (S_2—S_4), expresiv prin anestezia în şea, tulburări genitale şi sfincteriene.

Scanned with OKEN Scanner

COCCIGODINIA. Sinonim.coccidinia. Algii circumscrise, rebele şi penibile, aproape exclusiv la femei, localizate în regiunea coccidiană, cu dureri violente la presiunea pe coccis şi prin mobilizarea acestuia. Caracteristic determinarea durerii la tuşeul rectal prin presiunea asupra simfizei sacrococcidiene. Cauzele curente : naşterile ca şi accidentele care mobilizează oasele acestei regiuni, subluxaţii sau chiar fracturi ale coccisului.

COCKAYNE, *boala.* Boală cromozomială (47 cromozomi cu trizomie 19—20). Semnele clinice apar în cel de al doilea an de viaţă şi se manifestă progresiv pînă la o invaliditate marcată prin următoarele fenomene : facies îmbătrînit precoce, fotosensibilitate, retinită pigmentară, atrofia optică, anomalii scheletice, întîrziere mintală şi în creştere, microcefalie, mîini şi picioare mari, disproporţionate, surditate, tremur intenţional, ataxie.

COLAPSUL CEREBRAL, *sindromul.* Proces reactiv cerebral, determinat de inhibiţia funcţiunilor vazomotorii şi secretorii. Masa cerebrală se prăbuşeşte şi scade ca volum, concomitent cu golirea ventriculilor de lichid cefalorahidian. Determinat de cauze variate, se caracterizează clinic prin cefalee, vărsături, febră, hipotonie oculară şi somnolenţă pînă la comă.

COLAPS CEREBROVENTRICULAR. Vezi colapsul cerebral.

COLESTERINOZA CEREBROTENDINOASĂ. Tesaurismoză caracterizată prin prezenţa aproape generalizată a colesterinei, în special cu localizare cerebrală, tendinoasă, pleurală, palpebrală, oculară. Alterările cerebrale sînt determinate de enorme depuneri de grăsime bogate în cristale de colesterină, dispuse simetric în substanţă albă a emisferelor cerebeloase, pedunculii cerebrali şi anumite celule motorii ale coarnelor anterioare. Degenerescenţele nervoase sistematizate consecutive determină o simptomatologie ataxospasmodică, cu pareză, amiotrofii, sindrom mioclonic şi bulbar. Acest sindrom, descris de Von Bogaert, Scherer şi Epstein, diferă de maladia lui Schuller-Cristian, altă formă de colesterinoză, prin preponderenţa simptomelor cerebromedulare cît şi prin formaţia extracelulară a depozitelor.

COLLIER, *semnul.* Contracţia patologică a pleoapei, prezentă uneori în sindroamele mezencefalice.

COLOANA VERTEBRALĂ, *examen radiografic.* În general, examenul radiografic al coloanei vertebrale se face în trei poziţii : faţă, profil şi 3/4. Ţinînd însă seama de statica normală a coloanei vertebrale, abordarea coloanei necesită folosirea unor incidenţe speciale adoptate la anatomia normală a diverselor segmente ale coloanei. Pe de altă parte, orice curbură vertebrală, fie că este normală sau patologică, impune examenului reguli formale :

— în mod obligatoriu, curburile trebuie examinate şi în ortostatism, aceasta pentru că poziţia culcată modifică sau chiar suprimă curbura, ceea ce ar falsifica imaginea ;

— orice curbură va fi abordată pe faţa sa concavă, singura poziţie care asigură imagini corecte. Examenul radiografic diferă ca tehnică de la nivel la nivel. De exemplu :

1) *Joncţiunea cervicooccipitală.* Sînt necesare un profil perfect centrat pe baza craniului la nivelul atlasului şi axisului şi un examen de faţă, cu fasciculul de raze transbucal sau transnazal. Examenul va fi completat cu radiografii luate în timpul executării celor două funcţiuni fundamentale ale articulaţiei cervicocraniene, extensie şi flexie a capului pe regiunea cervicală şi rotaţie a capului în jurul gîtului ;

2) *Coloana cervicală.* Radiografii de faţă şi profil, ţinînd seama de indicaţiile în legătură cu curburile. La acestea se

adaugă incidenţa 3/4, dreapta şi stînga, pentru găurile de conjugare şi articulaţiile mici ;

3) *Segmentul cervicotoracal.* Pentru examenul de profil se va folosi incidenţa N. Mihăilescu (poziţia „înotătorului") singura cu care se obţine o vedere continuă şi perfectă a ultimelor corpuri vertebrale cervicale şi primele corpuri toracale ;

4) *Coloana toracală.* Din cauza curburii sale cu concavitatea anterioară, în mod excepţional se poate avea pe un singur film o imagine bună a întregii coloane dorsale. Din această cauză se va fregmenta examenul pe segmente, superior şi inferior, folosind înclinarea fasciculului de raze ;

5) *Coloana lombară.* Sînt autori care preferă — din motive enunţate — ca examenul de faţă al coloanei lombare să fie făcut în incidenţa P.A. Examenul va începe cu o radiografie de orientare de faţă, în ortostatism, pe film 30/40, în care să fie cuprinsă toată regiunea dorsolombopelvifemurală, în scopul de a studia dezechilibrele vertebrale cu punct de plecare lombopelvin sau lombar inferior. Pentru ultimele două discuri lombare se fac radiografii regionale, cu corectarea fasciculului de raze, una pentru L_4—L_5 şi alta pentru L_5—S_1. Se continuă apoi cu radiografia de profil, ţinînd seama de rezultatele radiografiei de faţă, pentru corectările eventuale. Studiul găurilor de conjugare din regiunea toracală şi lombară nu are nevoie de incidenţe speciale ; radiografiile de profil, corect executate, sînt suficiente. Pentru micile articulaţii sînt necesare radiografii în poziţia 3/4.

COMA. Pierderea completă sau parţială a cunoştinţei, cu păstrarea celor mai importante funcţiuni vegetative, în speţă respiraţia şi circulaţia, caracterizează starea de comă, determinată de factori etiologici diverşi, capabili să compromită funcţiunea formaţiunilor corticosubcorticale care asigură starea de veghe. Fiziopatologic coma este determinată prin leziuni primitive ale creierului, care interesează în special formaţiunile activatoare mezodiencefalice, şi prin perturbări grave ale metabolismului cerebral. În prima categorie se înscriu acidentele vasculare cerebrale, traumatismele craniocerebrale, procesele înlocuitoare de spaţiu intracranian şi stările inflamatorii meningoencefalitice. În a doua categorie de fapte se înscriu afecţiunile ce compromit aportul de glucoză (comele hipoglicemice), aportul de oxigen (intoxicaţie cu oxid de carbon, tulburări de ventilaţie pulmonară, de circulaţie, de irigaţie, cerebrală), sau activităţile enzimatice (intoxicaţii exogene, endogene, tulburări de echilibru hidroelectric, tulburări de reglare termică, enzime deficiente etc.).

COMA, *forme clinice.* În raport cu intensitatea stării de comă, s-au descris următoarele forme clinice : a) Coma vigilă, în care domină starea de confuzie şi dezordine psihomotorie, bolnavul putînd fi readus la actualitate, dar pentru scurt timp, după care iar recade în starea de obnubilare ; b) Coma medie, în care cunoştinţa este pierdută, manifestările bolnavului fiind expresia automatismului subcortical, talamostriat. Bolnavul e uşor agitat, prezintă semne obiective piramido-extrapiramidale, reflexele deglutiţiei şi cornean sînt încă prezente ; c) Coma letargică, cu somn adînc în care răspunsurile la excitanţii nociceptivi mici au dispărut, alături de reflexul de clipire la ameninţare, reflexul fotomotor şi reflexul pupilar la durere. Persistă încă reflexul cornean şi reflexul de deglutiţie ; d) Coma carus, în care, pe lîngă pierderea completă a reactivităţii la orice excitant extern, apar tulburări severe ale funcţiilor vegetative ; e) Coma profundă, cu inhibiţie vegetativă, cu hipotonie şi areflexie tendinoasă, cu dispariţia reflexului de deglutiţie şi de tuse, cu persistenţa uneori a semnului lui Babinski, cu tulburări vegetative profunde, respiraţie superficială,

Scanned with OKEN Scanner

rară, bradicardie sau tahicardie cu aritmie, hipotermie, tegumente reci cu secreţie lipicioasă ; f) Coma depăşită, descrisă în ultimul timp, stadiu final, ireversibil, în care sînt abolite definitiv funcţiile vieţii de relaţie şi vegetative, viaţa fiind posibil menţinută numai pe cale artificială.

COMA DIABETICĂ. Apare, de obicei la diabetici vechi, după eforturi, infecţii, intervenţii chirurgicale, foarte rar ca prim semn al unui diabet necunoscut. Debutul progresiv, printr-o simptomatologie prodromică încărcată, oboseală, curbatură, anorexie, greaţă, vărsături, cefalee, zgomote în urechi, apatie, sete, poliurile, ducînd treptat spre somnolenţă şi comă în decurs de 1—3 zile. În această fază bolnavul apare dezhidratat, cu facies tras, ochi hipotonici, piele uscată, cianotică, rece şi respiraţie caracteristică de tip Küssmaul, cu pauze, respiraţia avînd miros de acetonă. Se asociază hipotensiunea arterială, puls rapid şi hipotermie. Biologic zahărul este crescut în sînge, prezent în urină, împreună cu corpi cetonici.

COMA HEPATICĂ. Constituie tabloul final al unei insuficienţe hepatice grave. Bolnavul, în astfel de stare, are aspectul liniştit al unui somn profund sau a unei stări de anestezie generală avansată, ne mai răspunzînd treptat la nici un stimul nociceptiv. Conjuctivele şi faciesul subicterice, limba saburală, în timp ce respiraţia exală un foetor hepatic caracteristic. Semnele neurologice din precomă sau începutul comei (reacţia meningeală cu redoare şi Kernig, hipertonia piramido-extrapiramidală cu Babinski, mişcări extrapiramidale şi roata dinţată) dispar în adîncirea comei, înlocuite printr-o hipotonie generalizată. Respiraţia este amplă, frecvent de tip Küssmaul, mai rar Cheyne-Stokes, valorile tensionale, ale pulsului şi temperaturii, sînt aproape de normal, iar e.e.g., în această fază înaintată, arată un traseu delta în toate derivaţiile. Biologic hiperamoniemie, acidoză intensă, scăderea indicelui de protrombină şi creşterea gamaglobulinelor întăresc diagnosticul clinic.

COMA HIPOGLICEMICĂ. Este tip de comă dismetabolică. Apare obişnuit la vechi diabetici sub tratament, prin supradozaj insulinic care duce la o scădere importantă a glicemiei, uneori sub 0,40 g %. Iniţial prodrome caracteristice, foame, cefalee, transpiraţii, tremurături, tahicardie, stare confuzională, somnolenţă, după care apar spasme clonice, diplopie, convulsii, pareze, coma instalîndu-se în timp relativ scurt (o jumătate de oră, o oră). Injecţia cu glucoză intravenos provoacă o revenire spectaculară. Coma hipoglicemică a fost şi este încă folosită în psihiatrie ca tratament al unor psihoze.

COMA VASCULARĂ. Cea mai frecventă comă primitivă. Obişnuit apare la bătrînii cu leziuni vasculare cunoscute (hipertensiune arterială, asc.). Uneori şi la vîrste mai tinere (cardiopatii emboligene, malformaţii vasculare cerebrale etc.). Hemoragia cerebrală este cea mai dramatică. Debutul e brusc, cu cefalee intensă iniţială, apoi rapid comă profundă, cu facies vultos şi cu semne obiective de emisfer atins. Inundaţia ventriculară adaugă la profunzimea comei hipertonia generalizată, semne piramidale bilaterale şi furtuna vegetativă. Ramolismentul cerebral poate fi comatogen cînd atinge un teritoriu vascular întins. În acest caz coma poate surveni brusc sau progresiv, este mai puţin profundă şi de durată mai scurtă. Embolia cerebrală are uneori debut comatos, brusc, la tinerii şi adulţii cardiopaţi. Obişnuit de durată scurtă, urmată de sekele motorii severe.

COMOŢIA CEREBRALĂ, *sindromul*. Fenomen clinic independent ca expresie unică a traumatismului cranian, cu motivare patogenică discutabilă şi cu probe histopatologice şi mai discutabile (leziunile descrise toate la plan minor, par consecinţe şi nu cauza) caracteristic prin

Scanned with OKEN Scanner

reversibilitatea sa, manifestîndu-se prin pierderea cunoştinţei ce survine în momentul inpactului, pentru o scurtă durată de timp (cîteva secunde pînă la cîteva minute), însoţită sau nu şi de alte manifestări, ca tulburări vegetative ale respiraţiei, tulburări ale tensiunii arteriale, pulsului etc., toate acestea traducînd o suferinţă subită şi trecătoare a trunchiului cerebral.

COMOŢIA SPINALĂ. Sindrom spinal pasager, de şoc, consecutiv unui traumatism medular, caracterizîndu-se prin paraplegie flască cu areflexie, anestezie, tulburări sfincteriene. Durata sindromului este de la cîteva minute la cîteva ore.

COMPLEX, *e.e.g.* Grup de unde net diferite de activitatea de fond, care apar cu aceeaşi formă bine definită (V. complex vîrf-undă, C. polivîrf-undă, C. vîrf-undă variant, C.K.).

COMPLEX VÎRF-UNDĂ *e.e.g.* Grup compus dintr-un vîrf (mai scurt de1/10 s.) urmat de o undă lentă, totul cu o durată de cca. 1/3 s. Are o semnificaţie patologică : salvele de asemenea complexe, bilateral sincrone, cu frecvenţă de 3 c/s, sînt caracteristice epilepsiei „petit mal".

COMPLEX VÎRF-UNDĂ VARIANT, *e.e.g.* Asocierea vîrf-undă cu altă durată decît 1/3 s. şi cu mici deosebiri morfologice.

COMPLEX POLIVÎRF-UNDĂ, *e.e.g.* Grup în care unda lentă este precedată de 2—3 vîrfuri.

COMPLEX K, *e.e.g.* Combinaţie variabilă de undă ascuţită-undă lentă şi paroxism sigma, izbucnind cu maximum de amplitudine pe vertex ca răspuns la un stimul brusc, mai ales în timpul somnului. Deşi de morfologie variabilă, nu este greu de recunoscut.

CONFAVULAŢIA, *semnul.* Constă în afirmaţii fanteziste fără vreo legătură cu realitatea, ce umplu lacunele grave ale unei amnezii retrograde în unele maladii mintale, în special în sindromul Korsakov, în care alcoolul atacă puternic aparatul memoriei.

CONGENITALA, *afecţiune.* Termenul specifică originea prenatală a unei afecţiuni, fără să precizeze natura sa ereditară sau dobîndită.

CONGESTIA CEREBRALĂ. Termen impropriu folosit în popor pentru a deseamn un accident vascular cerebral survenit brusc, cu hemiplegie şi comă.

CONN, *sindromul.* Sinonim, hiperaldosteronism primar. Este o hipersecreţie izolată de aldosteron, cu acţiune intensă consecutivă asupra metabolismului apei şi a sării. Maladie rară, determinată de adenome şi hiperplazii bilaterale ale capsulelor suprarenale. Excesul de aldosteron determină fuga potasiului celular cu intrarea sodiului, iar la nivelul rinichiului determină, resorbţia masivă a sodiului cu eliminarea potasiului. Simptomatologia debutează cu adinamie ce poate merge pînă la paralizii periodice, intermitente, parestezii şi dureri musculare, hipokalemie sub 2,5 mE q şi hipernatremie între 146—151 mE q, hipertensiune arterială la subiecţi tineri, în afara leziunilor renale. Diagnostic de siguranţă prin determinarea de laborator a excesului de aldosteron şi grafia suprarenalelor.

CONSTANTA DE TIMP, *a unui amplificator R. C. de curent alternativ.* Timpul necesar pentru ca o peniţă inscriptoare să revină la 37% din valoarea maximă a unui semnal rectangular de calibrare. Această constantă este reglabilă între o secundă şi 1/10 s. ; obişnuit pentru e.e.g. 1/3—1/2 s.

CONTRACŢIA IDIOMUSCULARĂ, *semnul.* Contracţia muşchiului, determinată de percuţia masei musculare cu ciocanul de reflexe, sub forma unei ridicături emisferice cu diametrul unui ban. Diminuarea şi dispariţia ei este patognomonică în miopatie.

Scanned with OKEN Scanner

CONTRACTURA ABDOMINO-CRURALĂ. Contractura în flexie, revelaţie a unei insuficienţe suprarenale. Succede în urma unor crampe extrem de dureroase localizate abdominocrural. Este, probabil, de origine metabolică. Terapia cu corticoizi este extrem de eficace.

CONTRACTURA NUCLEARĂ. Termen dat de Babinski rigidităţii de origine medulară, în care nu există hiperreflectivitate osteotendinoasă sau cutanată.

CONTRACTURA POLIOMIELITICĂ. Apare în perioada iniţială a poliomielitei, care, în acest stadiu de atingere parţială a celulelor nervoase, măreşte frecvenţa descărcărilor montoneuronilor.

CONTRACTURI CUTANEO-REFLEXE. Vezi contracturile în flexiune.

CONTRACTURI ÎN FLEXIE. Fixarea membrelor inferioare într-o atitudine în triplă flexiune, consecinţă a exagerării reflexelor de apărare, numită mai propriu reflexe de automatism medular. Babinski le-a denumit contracturi cutaneoreflexe pentru a sublinia natura stimulaţiei care le provoacă.

CONTUZIA CEREBRALĂ, *sindromul.* Determinată de o multiplicitate de leziuni mai mult sau mai puţin reversibile, variabile ca întindere, localizare şi gravitate, consecinţe imediate ale traumatismului cranian. Poate exista ca manifestare independentă sau precedată de comoţie şi însoţită de leziuni secundare, ca hematoame, edem cerebral etc. Substratului anatomo-patologic mixt, vascular şi parenchimatos îi corespunde o simptomatologie în funcţie de gravitatea leziunilor şi localizarea lor. Leziunile ariilor cerebrale diferenţiate se evidenţiază clinic prin semne iritative sau deficitare, cu posibile sekele funcţionale, în timp ce leziunile de trunchi cerebral, prin alterarea funcţiilor fundamentale şi vitale, se manifestă prin tulburări vegetative şi ale cunoştinţei, cu torpoare sau comă.

CONURILE DE PRESIUNE, *sindroamele.* Vezi sindroamele de angajare.

CONVULSIILE FEBRILE, *sindromul.* Apariţia la copii sub 5 ani vîrstă a unui atac convulsiv în cursul unei afecţiuni febrile, generale sau somatice, cu aspectul obişnuit al crizei majore epileptice. Este de prognostic benign, reprezentînd modul de reacţie al copilului faţă de agresiunea febrilă. Trebuie însă diferenţiate de adevărata epilepsie, pe baze anamnestice, clinice şi electrologice, în vederea unei atitudini terapeutice, care este deosebită.

COPROLALIA, *semnul.* Exprimarea unor cuvinte sau fraze cu conţinut obscen. Formă de impulsiune întîlnită în maladia ticurilor, schizofrenie etc.

COPROPORFIRIA EREDITARĂ. Maladie familială şi cu caracter ereditar dominant, caracterizată biologic prin eliminarea crescută de coproporfirină III prin urină şi fecale. Clinic, în aproape 50% din cazuri, boala evoluează latent, asimptomatic. În cazurile manifeste, boala are aspectul porfiriei acute intermitente, cu apariţia semnelor clinice după administrarea barbituricelor, sedativelor etc., cu colici adbominale severe, vărsături, constipaţie, uneori chiar cu manifestări nervoase ca polinevropatie, nervozitate, astenie.

CORDOTOMIA. Intervenţie neurochirurgicală, consistînd în secţionarea porţiunii anterioare a cordonului lateral al măduvei, pe unde trece fasciculul spinotalamic, calea sensibilităţii dureroase difuze a membrelor inferioare, a bazinului şi abdomenului (neoplasme extinse etc).

CORDOTOMIA POSTERIOARĂ A LUI FELD ŞI PECXER. Intervenţie neurochirurgicală, aplicabilă în marile contracturi piramidale, în scopul de a rupe arcul reflex al tonusului muscular exagerat. Se aplică asupra cordonului posterior medular la nivel cervical superior.

Scanned with OKEN Scanner

COREEA ACUTĂ, *boala*. Sinonim coreea Sydenham. Afecţiune obişnuit a copilăriei, rar a adultului (primipare cu antecedente coreice în copilărie). Cauza determinantă rămîne încă necunoscută, deşi marea majoritate a autorilor admit natura infecţioasă. Anumite manifestări clinice ale coreei acute, amigdalita, fluxiunile articulare ca şi atingerile endocardice au pus deseori în discuţie înrudirea coreei cu reumatismul. Afecţiunea este determinată de leziuni inflamatoare şi vasculare difuze, centrate în special pe sistemul striat unde afectează în special celulele mici ale striatului.

Clinic debutul poate fi brusc sau insidios. În perioada de stare sindromul hiperkinetic este dominant, caracterizat prin mişcări involuntare, neregulate, asimetrice, de amplitudine variabilă, cu aspect bizar, grotesc, nestăpînite, deşi conştiente, ce prind membrele, trunchiul, capul şi musculatura mimicei. O hipotonie musculară accentuată urmăreşte îndeaproape această exuberantă desorganizare kinetică. Boala evoluează în general spre vindecare în circa 2 luni, cu posibile recidive. Prognoza este obişnuit favorabilă, în afara determinărilor cardiace, care pot lăsa sekele severe.

COREEA CRONICĂ HUNTINGTON. Maladie eredofamilială, cu caracter dominant, cu debut la vîrsta mijlocie a vieţii, asociind mişcările coreiforme la o demenţă progresivă. Anatomopatologic este vorba de o degenerescenţă a regiunilor frontale şi a corpului striat.

COREEA CRONICĂ PROGRESIVĂ SPORADICĂ. Coree cronică progresivă, asemănătoare coreei Huntington, ce apare sporadic, din cauză necunoscută.

COREEA KÖRPERCHEN, *boala* Nume acordat coreei acute, datorită caracterelor proceselor inflamatorii descoperite la examenele histologice : hiperemie a substanţei corticale, a substanţei cenuşii a nucleilor de la bază şi a cerebelului, cu infiltraţie leucocitară perivasculară, noduli infecţioşi şi prezenţa de corpusculi lenticulari în jurul vaselor.

COREEA SENILĂ. Mişcările coreiforme, ample şi stridente, apar la o vîrstă mai avansată ca în coreea familială, cu un debut progresiv, apoi staţionar, fără asocierea demenţei. Determinată de leziuni ale nucleilor cenuşii centrali, fără participarea expresă a corticalităţii. O atrofie de sistem este încă discutabilă.

COREEA VASCULARĂ. Legată de starea precară a vaselor cerebrale. Este caracteristic debutul apoplectic sau în pusee, asociat cu alte semne de hemiplegie. Mişcările coreiforme sînt hemilaterale, cronice şi staţionare.

CORP CALOS, *agenezie*. Malformaţie fără determinări clinice, surpriză de autopsie sau de examen radiografic prin metode de contrast.

COŞMARUL. Trăirea agitată a subiectului unui vis după trezire, generată obişnuit de tulburări în sfera gastrointestinală sau cardiorespiratorie.

CRAMPELE. Contracţii paroxistice şi dureroase a unuia sau mai multor muşchi. Apar în anumite afecţiuni ale sistemului nervos, în tulburări humorale sau în tulburări funcţionale.

CRANIUL OSOS, *radiologie*. Poate fi examinat în două planuri perpendiculare, faţă şi profil. El se împarte în două grupe :

1) grupa care cuprinde proiecţii de ansamblu ;

2) grupa care cuprinde proiecţii speciale.

1) Proiecţii de ansamblu. Sînt necesare patru incidenţe : a) incidenţa de profil, oferă cele mai multe detalii ale structurii osoase din regiunea boltei craniene. Cu aparatură modernă, ideea că ar fi necesare ambele profiluri nu mai este valabilă ; b) incidenţa de faţă P.A. înclinată sau „faţă înaltă", în care stîncile sînt pro-

Scanned with OKEN Scanner

iectate sub orbite. Se obţine o vedere de faţă a etajului anterior al craniului : sinusurile frontale, şanţurile olfactive care formează tavanele sinusurilor etmoidale, planşeul şeii turceşti, cu versanţii laterali ai şeii şi ai sinusului sfenoidal, jugum sfenoidal, apofizele clinoide anterioare, o bună imagine a orbitelor, a fentelor sfenoidale, cu micile aripi sfenoidale, creastă sfenoidală, linia nenumită ; c) incidenţa de faţă semiaxială (frontosuboccipitală). Pancoast-Towne-Beetton se foloseşte pentru etajul mijlociu şi posterior al craniului. Se obţine o vedere simetrică asupra stîncilor, şina conductelor auditive interne (foarte utilă în procesele expansive ale unghiului pontocerebelos), dorsul selar bine vizibil proiectat în interiorul găurii occipitale. În plus, o vedere de ansamblu a osului occipital desfăşurat, cu suturile occipitoparietale şi occipitomastoidiene ; d) incidenţa axială (bazală, sau vertexplacă-Hirtz). Vedere de ansamblu a bazei craniului, cu imaginea celor trei etaje şi a formaţiunilor anatomice de cavităţi (găuri şi fante). Pentru orientarea în această imagine plină de amănunte este indicat să se recurgă la textul şi schema Baclesse.

2) Proiecţiuni speciale. Se împart în două grupe : a) pentru bolta cranianã ; b) pentru bază. a) Pentru bolta cranianã. Examenul radiologic dispune de mijloace interesante, cu condiţia ca ele să fie folosite cu multă îndemînare. Totalitatea boselor craniene, cu sau fără conţinut osos, bosele cu lacune osoase subiacente, ulceraţii ale pielii capului, supuraţii, fistule, fracturile craniene şi craniocerebrale, vor fi examinate cu radiografii tangenţiale cu raze moi pentru ţesuturi şi raze dure pentru regiunea osoasă. b) Pentru bază. Fac parte incidenţele speciale pentru fiecare formaţiune sau regiune ce intră în componenţa bazei craniului : orbita, beneficiază de o serie întreagă de incidenţe şi tehnici : vedere simetrică, în special pentru studiul contururilor, incidenţa de ansamblu a craniului „faţă înaltă", incidenţa bărbie-nas-placă (Blondeau) ; vedere unilaterală. Pentru vîrful orbitei : Rhese, pentru canalul optic ; P.A. înclinată „faţă înaltă". Pereţii orbitali nu pot fi studiaţi decît pe secţiuni tomografice în plan frontal şi sagital. Şeaua turcească, pentru proiecţia de profil este suficientă o radiografie de ansamblu a craniului în plan sagital şi numai în cazuri speciale este necesară o radiografie centrală pe şeaua turcească, cu localizator mic. De faţă, incidenţa A.P. semiaxială, cu proiecţia dorsului selar în gaura occipitală ; incidenţa P.A. „faţă înaltă", care vizualizează planşeul selar prin claritatea sinusurilor etmoidale. Secţiuni tomografice în plan frontal, trecînd prin sfenoid, foarte utile pentru studiul planşeului selar. Osul temporal, sindromurile neurologice ale unghiului pontocerebelos (neurinoamele perechii a VIII-a, tumori peripetroase) trebuie deosebite din punct de vedere radiologic de afecţiunile mastoidiene şi ale urechii mijlocii. Incidenţe radiologice sînt indicate pentru fiecare în parte. Condiţii speciale ale regiunii (structuri numeroase, suprapuneri de imagini etc.) sînt la originea numeroaselor tehnici ce abundă în literatură. Cele mai valoroase şi mai uzuale sînt : pentru mastoidă şi urechea internă incidenţele Schüller, cu vedere unilaterală indicată în otomastoidite şi incidenţa Chaussé III pentru otita cronică ; pentru stînca temporalului, incidenţa „faţă dreaptă" sau transorbitală, care proiectează prin orbite conductele auditive interne, degajînd porul acustic, incidenţa semiaxială (frontosuboccipitală), foarte utilă prin proiecţiile simetrice şi incidenţa axială Hirtz. Pentru proiecţiile simetrice bilaterale se fac completările următoare : incidenţa occipitozigomatică încrucişată, cu două variante, Stenvers şi Chaussé IV, pentru evidenţierea conductului auditiv intern şi vîrful stîncii ; pentru gaura occipitală şi joncţiunea occipitocervicală, pe lîngă incidenţele fundamentale, greu de

Scanned with OKEN Scanner

de studiat, cea mai bună metodă rămîne tomografia în plan sagital şi frontal.

CRANIOFARINGIOMUL, *tumora.* Proces proliferativ intracranian, dezvoltat pe resturile embrionare provenite din tractusul craniofaringian. Apare obişnuit în copilărie sau adolescenţă. Iniţial apărut în fundul lojei hipofizare, comprimă această glandă şi cutia sa osoasă, apoi se dezvoltă în sus, interesînd chiasma şi refulînd înapoi ventriculul al III-lea. Poate ajunge la dimensiuni foarte mari, determinînd suferinţa hipofizară, cu tulburări de creştere şi în sfera genitală şi hipertensiunea intracraniană, cu hidrocefalie prin astuparea găurii lui Monro. Angajarea chiasmei determină tulburări de vedere.

CRANIOPATIA METABOLICĂ, *sindromul.* Vezi sindromul Morgagni-Morel-Steward.

CRANIORAHISCHISIS, *malformaţie.* Malformaţie congenitală. Tip de arafie cu defect de închidere a tubului neural pe toată întinderea de la craniu pînă la segmentul caudal. Se însoţeşte de lipsa rădăcinilor anterioare sau de proasta lor conformare, ceea ce duce, clinic, la hipoplazia sistemului muscular şi la malformaţii ale extramităţilor membrelor.

CRANIOSTENOZA. Malformaţiuni craniene caracterizate prin sinostozarea precoce a două sau mai multe oase craniene, datorită unei tulburări în dezvoltarea embrionară. Incapacitatea cutiei craniene, astfel fixată de a permite dezvoltarea encefalului, duce la hipertensiune intracraniană cu determinări consecutive organice şi psihice.

CREATINA şi CREATININA, *laborator.* Compuşi azotaţi neproteici. Creatina (acid metil guanidin acetic) se găseşte în special în muşchi, unde este un factor integrant în activitatea acestuia. Creatinina, anhidrida creatinei, este un produs metabolic al acesteia. În mod normal creatina este absentă în urină. Ea apare în cantităţi apreciabile în distrofia musculară progresivă, pînă la valori de 0,7—1 gram pe zi. Creatinina, fără prag renal, se elimină zilnic la cifre de circa 2g pe zi la bărbaţi şi ceva mai scăzut la femei. Concentraţia sa primară scade în miopatii aproape paralel cu masivitatea atingerilor musculare.

CREIER IZOLAT, *preparatul.* Secţiunea transversală a porţiunii superioare a pedunculului cerebral are ca prim efect separarea emisferelor cerebrale de formaţia reticulată a trunchiului cerebral, care cuprinde sistemul reticulat ascendent activator. În această ipostază, apar semnele comportamentale şi electroencefalografice ale somnului, spre deosebire de ceea ce se întîmplă în secţiuni mai joase (vezi encefal izolat).

CRIESTEZIA, *semnul.* Senzaţie cutanată particulară de frig, de răcoare, întîlnită la persoane cu constituţie nevrotică, în nefrite cronice, ca şi în arterioscleroză.

CRINIS DE, *triada simptomatică.* Patognomonică, după autor, în tumorile de lob temporal. Asociază staza papilară unilaterală şi controlaterală leziunii, cu impulsiunea de apucare a nasului şi de frecare a lui.

CRIOCHIRURGIA. Metodă chirurgicală aplicabilă în neurochirurgie, care foloseşte crionecroza în tumorile cerebrale. Congelarea tumorilor cerebrale, prin procesul operator, are avantaje de strictă delimitare a focarului patologic, cu minime reacţii perifocale şi generale.

CRIZELE AMNEZICE, *sindromul.* Determinate de o tulburare funcţională a sistemului mamilohipocampotalamocingular, substratul material de integrare a memoriei recente, prin perturbări hemodinamice în teritoriul arterei bazilare, cerebralei posterioare sau al arterei coroidiene. Se caracterizează clinic printr-o lacună a memoriei de mai multe ore. Sin-

Scanned with OKEN Scanner

dromul are o evoluţie benignă. Nu se însoţeşte de modificări pregnante e.e.g. şi rare ori are şi expresii motorii.

CRIZA COLINERGICĂ. Semnalată uneori în cursul tratamentului miasteniei. Este determinată de un supradozaj de prostigmină, care determină o intoxicaţie de tip muscarinic : paloare, transpiraţii abundente, hipersecreţie salivară, bronşică şi intestinală. Deficitul muscular este determinat de un bloc muscular de depolarizare prin exces de acetilcolină. Este de reţinut efectul favorabil, în aceste cazuri, a sulfatului de atropină.

CRIZE OCULOGIRE, *semnul*. Prezente în encefalita epidemică cronică. Se caracterizează printr-o plafonare subită şi tonică a ochilor, însoţită, sau nu, de o mişcare similară a capului, prin tulburări neurovegetative şi mai ales nelinişte. Mecanismul este încă discutat, criză jacksoniană (Sterling), eliberare vestibulară de sub controlul palidal (Marinescu), fenomen psihoorganic etc.

CRIZE TONICO-AUTOMATICE, *sindromul*. Vezi sindromul Lenox-Gastaut în cadrul căruia apar la vîrstă adultă, caracterizate clinic prin : a) tulburare a cunoştinţei ce apare de la începutul crizei ; b) fenomene tonicoaxiale localizate, în special, la membrele superioare, în porţiunea lor proximală, survenind de la începutul crizei, dar putîndu-se repeta de mai multe ori în desfăşurarea crizei, ocazie cu care automatismele sînt întrerupte ; c) automatisme digestive sau gestuale de circa 20 secunde ; d) obnubilaţie psihică post critică, marcînd sfîrşitul crizei. Electrologic, faza tonică se exprimă printr-un ritm recrutant bilateral sincron cu predominanţă în ariile anterioare, cu descărcări succesive de vîrfuri-unde lente bilateral sincrone şi de voltaj ridicat, corespunzînd fenomenelor de automatism.

CRIZA TONICĂ CEREBELOASĂ, *semnul*. Vezi atacul tonic.

CRIZA UNCINATĂ, *sindromul*. Reprezintă asociaţia de fenomene halucinatorii, gustative, olfactive şi vizuale, cu modificări ale cunoştinţei. Poate preceda atacul epileptic, în cadrul unei tumori temporale, care angajează suferinţa uncohipocampică.

CRONAXIA, *electrologie*. Timpul cel mai scurt, prag, cu care se obţine excitaţia cu un curent electric de intensitatea dublă a reobazei. După găsirea punctului motor şi după determinarea pragului de excitabilitate (a intensităţii minime necesare, reobaza), se dublează intensitatea şi se declanşează impulsul de durată din ce în ce mai lungă (cu un dispozitiv mecanic, electronic sau prin descărcare de condensatori), pînă la apariţia unui răspuns similar. Valorile normale ale cronaxiilor variază după caz, de exemplu 0,08—0,72 ms, cronaxii neuromusculare, 10—20ms, cronaxia vestibulară, etc. În cazuri patologice, valorile cresc pînă la dispariţia efectului excitator la orice durată a stimulului. Rezultatele se enunţă : pentru formaţiunea studiată reobaza este de X volţi, Y miliamperi şi cronaxia de Z milisecunde.

CROUZON, *maladia*. Dizostoză craniofacială, congenitală, adesea familială şi ereditară. Malformaţia craniană constă într-o creastă anteroposterioară, impietînd asupra bosei frontale, cu malformaţie facială (nas în bec de papagal), hipertelorism, hipoplazia maxilarului superior şi a malarului, prognatismul inferior, exoftalmie cu strabism divergent. Atrofia optică, hidrocefalia, debilitatea mintală şi epilepsia pot completa clinica afecţiunii.

CRURALGIA, *sindromul*. Vezi nevralgia de nerv crural.

CRYOGLOBULINEMIA, *sindromul*. Termen propus de Watson şi Lerner pentru a desemna particularitatea anumitor seruri sanguine de a conţine un grup de proteine cu proprietatea de a precipita sau de a se gelifica la rece. Pe lîngă cry-

Scanned with OKEN Scanner

oglobulinemia prezentă în afecţiuni ca mielomatoza, leucemia, kala-azar, bronşectazia, endocardita subacută şi periarterita nodoasă, se vorbeşte şi de o formă esenţială. Accidentele neurologice descrise în această afecţiune sînt : dureri, uneori intense, cu aspect de arsuri în membre, dureri abdominale, mialgii, crampe musculare, surditate, amiotrofii tip Arran-Ducenne şi discutabile accdeute cerebrale. În leziunile de nervi periferici pare a fi vorba de o erupţie petechială în sînul sau în jurul nervilor, sau de o precipitare a conţinutului proteic în arterele nutritive.

CULEGERE (DERIVAŢIE), *e.e.g.* Preluarea diferitelor potenţiale prin perechi de electrozi aşezaţi pe scalp e.e.g.), pe piele (E.D.G.), pe sau în muşchi (E.M.G.), etc. Culegere monopolară înseamnă înregistrarea diferenţelor de potenţial între un electrod „actic", situat pe regiunea explorată, faţă de un electrod de referinţă. Culegere bipolară înseamnă înregistrarea diferenţelor de potenţial între doi electrozi „activi". Culegere nazală, faringiană, timpanică (vezi activitate bazală).

CURARA. Extract brut al unor specii de strychnos, folosit de indienii din America drept otravă pentru săgeţi. Substanţele active conţinute sînt mai mulţi alcaloizi, printre care mai importanţi sînt tubocurarina şi toxiferinele. Acţiunea principală a curarei este paralizia foarte selectivă a plăcilor terminale motorii din muşchii striaţi, prin ridicarea pragului faţă de acetilcolină. Folosirea terapeutică şi-a găsit indicaţia în anesteziologie ca adjuvant valoros, în psihiatrie ca protector împiedecînd traumatismele consecutive tratamentului convulsiv, în terapia sindroamelor spastice, etc.

CURARIZANTE, *substanţe.* Substanţe chimice de sinteză, capabile să realizeze blocajul transmiterii impulsurilor nervoase la nivelul joncţiunilor neuromusculare şi în sinapsele ganglionilor vegetativi. Ca şef de serie se impun compuşii de metoniu, dintre care unul (decametoniu) provoacă blocaj neuromuscular la nivelul musculaturii striate, iar alte două (pentametoniu şi hexametoniu) provoacă blocajul ganglionilor vegetativi, apoi succinilcolina (esterul clorurii de dicolină al acidului succinic) şi galamina, sau flaxedilul, alt substituent sintetic al curarei, ş.a. Administrarea lor terapeutică determină iniţial relaxarea, urmată apoi de paralizia striată.

CURBA INTENSITATE/TIMP, *electrologie.* Legea excitabilităţii poate fi exprimată, în funcţie de intensitatea şi durata stimulilor, de o curbă, care arată că sub o anumită durată a timpului de excitaţie sau sub o anumită intensitate a excitaţiei, ţesutul reactiv studiat nu răspunde. Prin determinarea acestei curbe se obţine şi valoarea cronaxiei.

CURENT FARADIC, *electrologie.* Curent electric produs de o bobină de inducţie ; are două faze : o undă de o durată mai lungă, etalată, dar atingînd un potenţial relativ mic şi, după o pauză, o a doua undă cu o durată foarte scurtă dar cu un potenţial mare ; este unda cu calităţi excitatoare cu efect util.

CURENT GALVANIC, *electrologie.* Curent electric continuu cu polaritate constantă.

CURENT HOMOFARADIC, *electrologie.* Curent de descărcare a unui condensator, utilizat în electrodiagnostic în locul curentului produs de bobina de inducţie, pentru că este perfect determinat ca intensitate şi durată.

Scanned with OKEN Scanner

D

DANDY-WALKER, *sindromul.* Hidroencefalia internă cu transformarea ventriculului al IV-lea într-un volminos chist ce invadează fosa posterioară comprimînd şi împingînd formaţiile învecinate. Patogenic, o probabilă lipsă de permeabilitate a găurilor lui Luschka şi Magendie.

DEAN-BARNES, *maladia.* Vezi porfiria variegata.

DEBIT SANGUIN CEREBRAL. Cifrele normale admise pentru om, la vîrsta mijlocie, sînt : debit sanguin cerebral : 53,36cm^3/100g/mm ; consumul de oxigen : 3,34cm^3/100g/mm ; rezistenţa vasculară : 2,02. În trombozele de carotidă, debitul sanguin cerebral poate scădea la cifre de 20—30 cm^3/100 g/mm, iar în arterioscleroza cerebrală o netă şi generală diminuare a debitului sanguin.

DEBRÉ-MARIE, *sindromul.* Vezi polinevrita edematoasă.

DECUBITUS ACUTUS, *sindromul.* Vezi escarele.

DEFILEU CRANIOCERVICAL, *stenoza.* Anomalie congenitală, însoţită sau nu de impresiunea bazilară, susceptibilă să se decompenseze la vîrsta adultă provocînd o paraplegie spasmodică progresivă. Strîmtorarea pîlniei osoase occipitoatloidiene, congenitală, este pasibilă de intervenţie neurochirurgicală corectoare, cu un procent apreciabil de succes.

DEGENERESCENŢA HEPATOLENTICULARĂ. Vezi boala lui Wilson.

DEGENERESCENŢA HIPERTONICĂ A LABIRINTULUI, *sindromul.* Sinonim sindromul lui Wittmaak. Consecinţă a compresiunilor ultra craniene prelungite, sau printr-o tulburare cronică.

DEGENERESCENŢA SUBACUTĂ A NEURONILOR MOTORI PERIFERICI (CU INCLUZIUNI) CU LEZIUNI DE CORDOANE POSTERIOARE, *boala.* Afecţiunea familială rară, discutabilă încă nozologic, încadrarea sa oscilînd încă între S.L.A. familială şi degenerescenţa spinocerebeloasă cu amiotrofii. Anatomopatologic, afecţiunea se caracterizează prin prezenţa unor incluziuni asemănătoare corpilor lui Loewe în neuronii încă nealteraţi din coarnele an-

Scanned with OKEN Scanner

terioare ale măduvei, în bulb şi, mai rar, în coloana lui Clarke şi prin demielinizarea constantă a cordoanelor posterioare, mai puţin evidentă a cordoanelor laterale. Clinic, simptomatologie asemănătoare sclerozei laterale amiotrofice, cu o evoluţie inexorabilă şi rapidă (12—18 luni).

DEGENERESCENŢA NEUROAXONALĂ INFANTILĂ. Descrisă de Seitelberg în 1952. Este o afecţiune dureroasă eredodegenerativă a copilăriei, caracterizată anatomic prin dilataţii axonale monstruoase în sînul substanţei cenuşii a sistemului nervos central, în special în trunchiul cerebral, în asociere cu o stare demielinizantă a globului palid. Debutul între a 20-a lună pînă la a 36-a lună la copii de ambele sexe, iar evoluţia clinică, de la 1 an pînă la 12 ani, se caracterizează prin tulburări de mers fără atingere cerebeloasă, cu semne de atingere ale coarnelor şi cordoanelor posterioare medulare, manifestări piramidale inconstante, atrofie optică cu amauroză şi prăbuşire psihică progresivă.

DEGENERESCENŢA SPONGIOASĂ FAMILIALĂ. Identificată în 1949 de van Bogaert şi Ivan Bertrand. Maladie metabolică, caracterizată printr-un edem particular al creierului, al cărui mecanism este complet necunoscut. Histologic procesul spongios se situează pe straturile corticale profunde, la nivelul fibrelor în U şi în lamelele cerebeloase. Prezenţa nucleilor izolaţi (Alzheimer II) întăreşte diagnosticul. Clinic, greu separabilă de maladia Tay-Sachs şi de scleroza difuză a lui Krabe. Maladie familială, cu debut în primele luni ale vieţii, cu evoluţie rapidă spre exitus, cu oprirea desvoltării psihice, atrofie optică cu cecitate, hipertonie a membrelor şi mişcări dezordonate, cu megalencefalie.

DEGENERESCENŢA WALLERIANĂ. Degenerescenţa unui nerv ca urmare a unui traumatism cu zdrobirea sau ruperea (tăierea) sa. Produce progresiv toate semnele cantitative şi calitative ale reacţiei de degenerescenţă, (R.D.) pînă la inexcitabilitatea completă a nervului ; muşchiul îşi mai păstrează un timp excitabilitatea proprie, dar dacă nu se produce regenerarea trunchiului nervos, dispare şi aceasta şi muşchiul se atrofiază.

DEJA VĒCU, *semnul.* Senzaţie particulară întîlnită în afecţiuni ale lobului temporal, constituind uneori aura unui atac epileptic. Constă în impresia subită de a mai fi trăit cu exactitate cîndva o situaţie, circumstanţă sau eveniment, pe care în fapt le întîlneşti pentru prima oară.

DEJA VU, *semnul.* Expresie împrumutată din limba franceză şi întrebuinţată ca atare pentru a exprima senzaţia stranie pe care o încearcă unii bolnavi de a mai fi văzut cîndva o scenă pe care, în fapt, o văd pentru prima oară. Întîlnită în epilepsia temporală.

DÉJÉRINE, *semnul.* Prezent în sciatica radiculară. Constă în determinarea durerii în membrul afectat prin efortul de aplecare în jos, de tuse, strănut, de opinteală în vederea unei acţiuni, în defecaţie etc. Algia este generată de creşterea presiunii lichidului cefalorahidian în teaca subarachnoidiană ce însoţeşte rădăcina bolnavă.

DÉJÉRINE, *sindromul.* Vezi sindromul interolivar.

DÉJÉRINE-MOUZON, *sindromul.* Tip de sindrom Arran-Duchenne, cu paralizia şi amiotrofia micilor muşchi ai mîinii prin afectarea plexului brachial inferior, la care se adaugă sindromul Claude-Bernard-Horner, cu mioză şi enoftalmie de aceeaşi parte, prin interesarea concomitentă a simpaticului cervical. Afecţiunea este determinată, în special de factori proliferativi lezionali.

DÉJÉRINE-MOUZON, *sindromul.* Sindrom eminamente senzitiv determinat

Scanned with OKEN Scanner

de afecţiuni ale circumvoluţiunii parietale ascendente şi exprimat clinic prin tulburări ale sensibilităţii tactile, vibratorii, termice şi dureroase ale hemicorpului de partea opusă leziunii.

DÉJÉRINE-ROUSSY, *sindromul*. Vezi sindromul talamic.

DÉJÉRINE-SOTTAS, *maladia*. Vezi polinevrita hipertrofică progresivă familială.

DELTA, RITM, *e.e.g.* Activitate electrică cerebrală lentă cu unde regulate sau neregulate, cu frecvenţa mai mică de 4 c/s.

DELTA, UNDA, *e.e.g.* Undă cu o durată mai mare de 1/4 s.

DELTA MONOMORF, *e.e.g.* Activitate delta cu unde aproape identice ca formă şi frecvenţă. Se consideră că au origine subcorticală, profundă.

DELTA POLIMORF, *e.e.g.* Activitate delta cu unde neregulate ca formă şi frecvenţă.

DEMENŢA ARTERIOPATICĂ, Apare între 50—60 ani, determinată de ateromatoza arterelor cerebrale. Considerată ca o consecinţă a reducerii debitului sanguin, a diminuării consumului de oxigen ca şi a microramolismentelor consecutive. Debutul subliniază accidente mici de insuficienţă circulatorie cu pareze trecătoare, anartrii uşoare, vertij şi crize comiţiale. În perioada de stare se notează labilitate emoţională, cu plîns şi rîs spasmodic, tulburarea funcţiilor simbolice şi ale memoriei, dezorientarea temporospaţială cu relativă păstrare a automatismelor profesionale şi a autocriticii. Paralel simptomomatologie apreciabilă piramidoextrapiramidală. Evoluţie în pusee, cu sfîrşit letal în 2—3 ani.

DEMENŢA EPILEPTICĂ. Constituie ansamblul de tulburări mintale permanente, proprii epilepsiei. Frecvenţa este relativ rară, în special la adulţi şi bătrîni. Se caracterizează printr-o vîscozitate mintală specifică acestei afecţiuni, în cadrul căreia procesele psihice sînt optuze şi se mişcă cu o încetineală impresionantă. Memoria pare cea mai puternic atinsă. Vorbirea devine progresiv ezitantă, greoaie. Ideile delirante nu lipsesc, îmbrăcînd frecvent un aspect mistic. Stările de agitaţie sînt uneori de o violenţă excesivă, constituind un real pericol social. Toate aceste tulburări evoluează în pusee succesive de agravare, în funcţie posibilă de frecvenţa crescută a atacurilor epileptice, ca şi de aportul intoxicaţiei etilice, frecvent întîlnită la aceşti bolnavi.

DEMENŢA GANS. Vezi Gans demenţa.

DEMENŢA PARALITICĂ LISAUER, *boală*. Etiologie luetică. Simptomatologia psihică asemănătoare paraliziei generale, însă cu mers mai lent şi pe un plan secundar faţă de determinările neurologice, printre care cea mai reprezentativă rămîne afazia Wernicke. Simptomatologiei focale îi corespund cel mai adesea zone de atrofie corticală care predomină la nivelul circumvoluţiilor cerebrale temporare, a girusului angular şi supramarginal. Evoluţie progresivă chiar după negativarea L.C.R.

DEMENŢA PELAGROASĂ. Printre carenţele vitaminice, cea nicotinică afectează cel mai grav funcţiunile mintale. „Nebunia pelagroasă" îmbracă cel mai adesea forma de psihoză depresivă, bine cunoscuta tendinţă la sinucidere prin submersiune (hidromanie) sau de psihoză maniacodepresivă, confuzională, catatonică etc. Evoluţia demenţei pelagroase, în trecut aproape fatală, este azi mult îmbunătăţită prin efectul imediat al vitaminei PP.

DEMENŢA PRECOCE ENCEFALITICĂ. Semnalată cu o frecvenţă rară în evoluţia encefalitei letargice. Se caracterizează prin apariţia unor stări delirante cu structură halucinatorie, de influenţă sau de persecuţie, însoţite de bufeuri confuzoonirice şi de stupoare catatonică.

Scanned with OKEN Scanner

DEMENŢA SENILĂ, *boala.* Apare după 60 ani, consecinţă a unui proces degenerativ difuz al cortexului cerebral, cu atrofie corticală şi dilataţia ventriculilor cerebrali. Histologic, neuronii ratatinaţi sînt supraîncărcaţi de pigmenţi şi lipide, iar plăcile senile prezintă corpusculi filamentoşi. Clinic, o progresivă prăbuşire a marilor funcţiuni psihice : memoria care suferă disoluţia după formula lui Ribot, cu pierderea achiziţiilor noi, afectivitatea care, lipsită de rezonanţă la circumstanţele mediului de viaţă, se încarcă cu neîncredere, tristeţe, sau bună dispoziţie nejustificată, determinate de o activitate delirantă ; judecata a cărei prăbuşire conduce la activităţi antisociale şi imorale ; în final pierderea achiziţiilor intelectuale. Confabulaţia, egoismul, idei delirante de ruină, avariţia, agitaţie, fugi etc. completează comportamentul senilului. Prăbuşirea fizică paralelă, grăbeşte sfîrşitul.

DEMENŢA TALAMICĂ, *sindromul.* Etiologic vasculară, degenerativă, tumorală etc. Clinic, deteriorare mintală profundă, indiferenţă faţă de mediu şi tulburări importante ale memoriei. Anatomopatologic, leziuni de regulă bilaterale, cu preferinţă a nucleilor dorsomediani cu proiecţie frontală, ca şi a formaţiilor intralaminare cu proiecţie corticală difuză.

DEMIANOV, *semnul.* Incapacitatea bolnavului afectat de lumbago de a ridica, situat în decubit dorsal, ambele membre.

DERCUM, *boala.* Poliendocrinopatie ce survine la femeile de vîrstă mijlocie, caracterizată prin prezenţa unei adipozităţi predispusă în special în jumătatea inferioară a corpului şi pe extremităţi, cu noduli asemănători lipoamelor cu răspîndire difuză, asimetrică, dureroşi la palpare şi presiune (adipozitate dureroasă).

DERMATOMIOZITA. Sinonim maladia lui Wagner-Unverricht. Este o polimiozită în care coexistă şi semne cutanate. Leziunile histologice indică o asemănare izbitoare cu maladiile colagenului, cu o reacţie mezodermică nesupurativă, infiltraţie limfocitară abundentă între fibrele musculare, cu predispoziţie uneori nodulară şi cu invadarea nervilor regionali, realizînd aspecte de nevrită interstiţială. S-au descris forme acute, edematoase, grave, forme subacute obişnuite, cu evoluţie lentă şi cu slabe determinări cutanate şi forme cronice ale adultului, frecvente la femei după menopauză. Tetrapareza miogenă din formele avansate răspunde unei distrugeri necrozante a parenchimului. Elementele cutanate de tip eritematos, afectează faţa şi părţile descoperite, uneori nesistematizate, alteori generalizate.

DERMATOMUCOMIOZITA, *boala.* Formă clinică de dermatomiozită, descrisă de Oppenheim, în care procesul eritematos însoţit de edem interesează şi mucoasele.

DERMOLEXIA, *semnul.* Capacitatea de a identifica literele trasate pe palmă cu degetul sau cu un corp dur. Alterată în leziuni ale nervilor periferici ca şi în complexe corticale, occipitale sau parietooccipitale.

DESCĂRCARE, *e.e.g.* Scurtă activitate paroxistică, amplă, cu semnificaţie patologică.

DESCĂRCARE ELECTRICĂ, *semnul.* Vezi Lhérmitte, semnul.

DESCOMPUNEREA MIŞCĂRILOR. Semn de suferinţă cerebeloasă prin tulburarea funcţiei de armonie dintre diferitele grupe de muşchi ce constituesc actul motor.. Pus în evidenţă prin semnul indicenas sau călcîi-genunchi.

DEZORIENTAREA DREAPTA-STÎNGA, *semnul.* Semn propriu al agnoziei vizuale corporale descris de Lhérmitte, prezent în leziunile girusului angular şi ale conexiunilor sale cu zona vizuală. Constă în incapacitatea bolnavului de a desemna mîna dreaptă sau stîngă a cercetătorului.

Scanned with OKEN Scanner

DEVIAŢIA STATICĂ A MEMBRELOR, *semnul.* Expresie a tulburărilor de coordinare statică în afecţiunile cerebelului, prin inegala repartiţie a tonusului între muşchii cu acţiuni opuse. La bolnavul cu ochii închişi şi cu braţele întinse paralel, se observă deviaţia unuia sau a ambelor braţe în direcţii diferite.

DEVIC, *boala.* Vezi neuromielita optică.

DIABET INSIPID, *sindromul.* Determinat de leziuni ale sistemului anatomofuncţional hipotalamohipofizar, ale cărui elemente sînt interdependente şi solidare, în speţă nucleii supraopticotuberieni, tractusul supraopticohipofizar şi hipofiza posterioară. Etiologia tumorală, traumatică, vasculară, ş.a., poate fi răspunzătoare de realizarea sindromului, care constă în deficienţa principiului antidiuretic, pitresina. Această reglează eliminarea renală a apei şi a clorurilor. Sindromul se caracterizează prin eliminări de cantităţi enorme de urini diluate şi prin polidipsie reacţională. Sensibil la terapia cu retrohipofiză.

DIADOCOCINEZIA PASIVĂ, *semnul.* Indică hipotonia musculară în afecţiunile cerebeloase. Constă în imprimarea de către examinatori, mîinilor bolnavului unor mişcări rapide de pronaţie şi supinaţie. În mod normal o uşoară rezistenţă musculară reduce amploarea mişcărilor imprimate.

DIASTEMATOMIELIA, *malformaţia.* Formă congenitală de disrafie medulară, exprimată anatomic prin existenţa a două hemimăduve separate printr-un perete conjuctiv, lipomatos, mucos, cartilaginos sau mixt. Dedublarea totală a rachisului osos consecutiv cu angajarea occeputului în proces este incompatibilă cu viaţa. În formele parţiale se constată, din punct de vedere neurologic, semne de siringomielie.

DIAZEPAM, *medicament.* Derivat al benzodiazepinei, are o acţiune terapeutică remarcabilă asupra formelor generalizate neconvulsive ale epilepsiei.

DIDE-BOTCARO, *sindromul.* Obişnuit de origine vasculară, survine la bolnavi trecuţi de vîrsta adultă, constînd din focare de ramoliţie bilaterală ale lobilor occipitali. Se manifestă esenţial prin amnezie de fixare, confabulaţie, incapacitate funcţională de localizare şi cecitate verbală pură.

DIFUZIUNEA ZONEI REFLEXOGENE, *semnul.* Valoroasă din punct de vedere semiologic în precizarea leziunii fasciculului piramidal. Constă în determinarea hipereflectivităţii osteotendinoase prin percutarea cu ciocanul de reflexe a unei zone întinse, dincolo de sediul clasic al reflexului (percuţia pe toată lungimea tibiei determină reflexul patelar).

DIPLEGIA, *sindromul.* Expresie clinică a unei hemiplegii bilaterale determinată de cauze vasculare, tumorale, infecţioase sau traumatice. La deficitul motor foarte expresiv se pot adăuga semne de întîrziere mintală şi, uneori, epilepsia.

DIPLEGIA ATONICĂ CONGENITALĂ FOERSTER, *sindromul.* Vezi sindromul atonicoastatic.

DIPLEGIA CRURALĂ INFANTILĂ. Expresie clinică frecventă a encefalopatiei infantile. Constă într-un dublu sindrom piramidal, localizat la membrele inferioare, cu caracter spasmodic şi cu mari tulburări funcţionale şi trofice concomitente.

DIPLEGIA FACIALĂ CORTICALĂ, *sindromul.* Sindrom descris de Foix şi Chavany, de natură vasculară. La paralizia musculaturii feţii cu predominanţă asupra facialului inferior, cu aspectul imobil şi aton al feţii, se adaugă două semne majore : coborîrea sau căderea maxilarului inferior şi afonia. Aceste două semne satelite nu apar decît după cel de-al doi-

Scanned with OKEN Scanner

lea ictus, confirmînd ceea ce se ştie despre comanda bilaterală la nivelul cortexului motor a muşchilor feţii, orofaringelui şi laringelui.

DIPLEGIA FACIALĂ FAMILIALĂ, *boala.* Descrisă de Brissaud-Maric. Este determinată de lipsa dezvoltării nucleului nervului facial de la nivelul protuberanţei şi se caracterizează prin prezenţa simptomelor unei paralizii faciale bilaterale, congenitală şi familială.

DIPLEGIA FACIALĂ PERIFERICĂ, *sindromul.* Foarte rar întîlnită, determinată în special de infecţiuni neurotrope, semnalată uneori ca manifestare incipientă a unei poliradiculonevrite. Există obişnuit un decalaj de timp între prinderea unei părţi faţă de cealaltă, iar simetria simptomatică nu este perfectă. Aspectul de mască imobilă a feţei este caracteristic : ochii nu clipesc, fantele palpebrale larg deschise, buza inferioară căzută. Vorbirea şi alimentaţia sînt dificile.

DIPLEGIA FACIOLINGUOMASTICATOARE. Vezi diplegia facială corticală.

DIPLEGIA SPASTICĂ INFANTILĂ. Este expresie clinică sub formă de tetrapareză congenitală a encefalopatiilor infantile (porencefalia, scleroză cerebrală atrofică etc.) generate de traumatisme intranatale sau toxiinfecţii intrauterine. La simptomatologia motorie, în general piramidală cu contractură severă în extensie a membrelor inferioare, dispuse în foarfecă şi în equinism, se poate adăuga un deficit mintal de proporţii variabile, precum şi epilepsia.

DIPLOPIA, *semnul.* Fenomen subiectiv de dublare a imaginii unui obiect, printr-o falsă imagine aparţinînd ochiului deviat, rezultat al unei paralizii oculomotorie. Imaginea obiectului cade pe puncte necorespunzătoare ale celor două retine.

DIPLOPIA CENTRALĂ, *semnul.* Tulburare vizuală particulară consistînd în coexistenţa a două imagini (sau a mai multora) ale aceluiaşi obiect (poliopie centrală). Prezentă în cazul reorganizării unui nou centru sau centre de viziune netă, consecutivă tulburărilor de fixaţie patologice (Vezi pseudofoveia lui Fusch). Abolirea incomplectă a vechii funcţiuni retiniene explică apariţia fenomenului.

DIPSOMANIA, *sindromul.* Formă de alcoolism cu ipulsiuni periodice, care sfîrşeşte, în final, la alcoolismul cronic. Mai frecventă la femei.

DISAUTONOMIA FAMILIALĂ, *boala.* Descrisă de Riley şi Day în 1949 ca o dezordine congenitală, întîlnită numai în familiile înrudite, cu expresia unei neuropatii vegetative cu următoarele caractere proprii : perturbări ale diverselor reglări vegetative (tensionale, termice, digestive şi vezicale), fragilitate particulară la infecţiile pulmonare, tulburări distrofice (întîrziere statoponderală, limbă fără papile fungiforme), tulburări nervoase (indiferenţă la durere, abolirea reflexelor interoceptive, tulburări de coordinare cu mers ataxic), tulburări psihice cu labilitate marcată şi tulburări în metabolismul catecholaminelor. În plus, înrudire netă simptomatologică cu analgezia congenitală. Mortalitatea frecventă în primii ani ai vieţii.

DISBAZIA LORDOTICĂ, *sindromul.* Forma cea mai obişnuită a spamului de torsiune, generat de encefalita epidemică cronică, însă fără exclusivitate. Constă dintr-o răsturnare a trunchiului înapoi, ce survine în timpul mersului, fie în staţionare, cu opoziţia unei lordoze accentuate, corectată permanent de bolnav printr-o serie de contorsiuni cu aspect grotesc. Fenomenul încetează de a mai apărea în fugă, în urcarea unei scări sau în purtarea unei greutăţi pe umeri. Este generat de leziuni ale nucleilor de la bază.

DISCRONOMETRIA, *semnul.* Tulburare de coordinare cinetică proprie sindromului corebelos. Se apreciază altera-

Scanned with OKEN Scanner

rea mişcării la începutul ei, la menţinerea vitezei de execuţie cît şi la finalizarea ei. Este în speţă un defect cerebelos cu privire la măsura în timp şi spaţiu a mişcării, evidenţiat prin fenomenul de hipermetrie sau dismetrie.

DISDIADOCOCINEZIA, *semnul.* Întîlnit frecvent în leziunile cerebeloase. Consistă în mişcări lente şi disarmonice ale membrului superior executate de bolnavul solicitat să facă mişcări succesive de supinaţie-pronaţie.

DISEMBRIOPLAZII MEDULARE. Impropriu denumite tumori, ele evoluînd fără anarhia celulară legată de această titulatură. Au originea în celulele embrionare ecto, endo sau mezoblastice. Aberante faţă de procesul de închidere a tubului neural, dezvoltarea lor ulterioară va putea determina compresiuni medulare. În această clasă intră chisturile epidermoide, chisturile dermoide şi teratoamele.

DISESTEZIA, *semnul.* Modificarea percepţiei sensibilităţii care poate fi exagerată sau diminuată.

DISESTEZIA FARINGIANĂ, *sindromul.* Afectează în special femeile, iar la predispuşii nevrotici, prin jena persistentă ce o angajează, poate constitui un nucleu obsesiv. Survine obişnuit după afecţiuni inflamatorii ale gîtului şi constă într-o senzaţie dezagreabilă de usturime şi uscăciune, de corp străin în fundul gîtului ce dispare numai în timpul deglutiţiei.

DISFAGIA, *semnul.* Dificultatea de a înghiţi, frecvent pentru orice fel de aliment, lichid sau solid, mai rar selectiv pentru solide (glosofaringian) sau lichide (vagospinal). Întîlnită în afecţiunile exo sau endocraniene care compromit integritatea perechilor craniene IX, X şi XI, în atingerile nucleilor acestor perechi (vasculare, tumorale, degenerative sau enzimatice) ca şi în leziuni supranucleare (de cele mai multe ori vasculare).

DISFAZIA, *sindromul.* Sinonim afazie de dezvoltare. Pus în evidenţă cu certitudine numai după vîrsta de 3 ani. Se caracterizează prin întîrzierea funcţiei de înţelegere a cuvintelor cît şi a dezvoltării vorbirii articulate. Merge paralel cu o dezvoltare psihosomatică normală şi cu o audiţie bună. Vorbirea, obişnuit puerilă, imperfecta formare a consoanelor, ce poate duce la emisiuni verbale ininteligibile, se ameliorează progresiv, pînă către vîrsta de 10—11 ani cînd devine normală.

DISFONIA, *semnul.* Alterarea vocii prin afectarea aparatului motor al fonaţiei (laringe) a nervului laringeu, a nucleilor bulbari sau a formaţiilor supranucleare care concură la actul fonaţiei (calea piramidală geniculată şi scoarţa respectivă, nucleii de la bază şi căile extrapiramidale).

DISINERGIA CEREBELOASĂ MIOCLONICĂ. Descrisă de Ramsey-Hunt. Afecţiune foarte rar întîlnită. Face parte din atrofiile cerebeloase eredofamiliale, fiind expresia unei atrofii a sistemului dinţat. Constă clinic în asocierea unei tremurături intenţionale, a unei epilepsii mioclonice şi a unor atacuri statice de pierdere subită a tonusului postural, cu căderi consecutive, uneori foarte grave, acestea din urmă atribuite de Ramsey-Hunt atrofiei nucleului dinţat.

DISLALIA. Tulburare de pronunţie verbală caracterizată prin incapacitate de a emite anumite sunete sau combinaţii de sunete. Obişnuită la copilul mic, ea caracterizează fie o debilitate motorie înnăscută în domeniul organelor vorbirii, o percepţie auditivă imperfectă, fie un viciu de educaţie.

DISLEXIA, *semnul.* Tulburare de înţelegere a simbolurilor grafice. Caracterizează un deficit special, cu aspect intermitent al înţelegerii verbale. Bolnavul înţelege primele cuvinte ale frazei, după care celelalte componente îşi pierd sensul. Considerată de Déjérine ca o activi-

Scanned with OKEN Scanner

tate intermitentă a centrului vizuoverbal (plica curbă) este interpretată de alţi autori drept o alexie optico spaţială.

DISMETRIA, *semnul.* Vezi hipermetria.

DISMNEZIA, *semnul.* Uşoară tulburare în funcţia mnezică, caracterizată printr-o oarecare dificultate în evocarea faptelor trăite, în special recent. Întîlnită în arterioscleroză cerebrală incipientă, în intoxicaţii, infecţii, traumatisme craniene, nevroze etc.

DISOCIAŢIA SIRINGOMIELICĂ, *sindromul.* Întîlnit în siringomielie, de unde-şi trage numele, în hematomielie, în tumori medulare şi, mai rar, în compresiuni medulare. Procesul patologic distruge de regulă, dinăuntru în afară substanţa cenuşie centrală, cornul posterior şi, ulterior, substanţa albă lateromedulară unde se află fasciculul spinotalamic, conductorul sensibilităţii termoalgezice şi tactile protopatice. Sindromul se caracterizează prin pierderea sensibilităţii termoalgezice şi tactile protopatice, cu conservarea sensibilităţii profunde, conştiente şi tactile, epicritice. Acestea din urmă, vehiculate prin cordoanele posterioare, rămîn intacte.

DISOCIAŢIA TABETICĂ, *sindromul.* Sinonim sindromul de cordon posterior. Scleroza progresivă a cordoanelor posterioare, consecutivă radiculitei posterioare tabetice, realizează disociaţia sensibilităţii, în sensul abolirii sensibilităţii profunde cu conservarea, în afara unor tulburări discrete, a celorlalte sensibilităţi. Sensibilitatea protopatică rămîne intactă, pe cînd cea epicritică este perturbată. Este aci confirmarea faptelor că prin cordoanele Goll şi Burdach circulă componentele epicritice ale sensibilităţii exteroceptive.

DISOSTOZA CLEIDOCRANIANĂ, *malformaţia.* Malformaţie congenitală caracterizată prin absenţa porţiunii mijlocii a claviculelor, umeri apropiaţi şi turtirea craniului anteroposterioară. Ar putea evolua cu determinări motorii spastice şi deficienţe intelectuale.

DISOSTOZA CRANIOFACIALĂ, *malformaţie.* Descrisă de Cruzon. Boală familială caracterizată morfologic printr-o bombare mediofrontală, prognatism sub formă de cioc al nasului, orbite deviate în afară şi în jos, exoftalmie şi strabism extern. Uneori determinări neurologice numai în copilărie cu cefalee, convulsii.

DISPNEUMIA, *semnul.* Utilizare defectuoasă a coloanei de aer în sensul unei uşoare dispnei, semn descris de Pierre Maria în paralizia pseudobulbară.

DISRITMIA, *e.e.g.* Lipsa unei frecvenţe dominante constante, de obicei şi a unei morfologii asemănătoare a undelor înscrise, chiar în perioada de relaxare.

DISRITMIA OCULARĂ MOTORIE, *semnul.* Oscilaţii ale globilor oculari ce apar la sfîrşitul mişcării de fixare, în planul acestei mişcări, cu aspectul pendular, de durată foarte scurtă, cu ritm regulat şi amplitudine descrescentă. Apare în contextul unor leziuni cerebeloase şi a tractusurilor cerebeloase.

DISTAZIA AREFLEXICĂ EREDITARĂ, *maladia.* Descrisă de Roussy-Lévy. Este o formă radiculocordonală posterioară a eredodegenerescenţei spinocerebeloase (Mollaret) sau, după alţii, o formă frustă a maladiei Charcot-Marie. Apare precoce, în primii ani de viaţă, cu tulburări ale staţiunii în picioare şi ale mersului, cu diminuarea sau abolirea reflexelor tendinoase, picior scobit bilateral, şi amiotrofii ale treimii inferioare a gambei. Evoluţie foarte lentă, fără dificultăţi deosebite profesionale.

DISTONIA DE ATITUDINE, *sindromul.* Denumire acordată de Thévenard spasmului de torsiune simptomatic (encefalita letargică, distonia hepatolenticulară, tuberculom parietal, infecţii ca febra tifoidă, malaria, tusea convulsivă etc.

Scanned with OKEN Scanner

DISTONIA OCULO-FACIO-CERVICALĂ, *sindromul.* Sinonim paralizia supranucleară progresivă, sindromul lui Steele-Richardson-Olszewski. Afecţiune degenerativă, cu predilecţie a bărbatului vîrstnic, caracterizată clinic prin oftalmoplegie supranucleară, în special a verticalităţii, facies imobil, înţepenit şi imobilizarea capului în poziţie uşor înclinată spre spate, în special în decubit. Uneori se notează concomitenţa unei dizartrii spastice, a tulburărilor de deglutiţie şi a tulburărilor memoriei recente. Leziunile descrise notează pierderea neuronală, gliază, prin degenerescenţă neurofibrilară, granulovacuolară şi demielinizare, localizate la nivelul palidului, corpului lui Luys, nucleul roşu, locului niger, tuberculilor quadrigemeni anteriori, substanţei cenuşii periapeducale, tegmentului şi nucleului dinţat.

DISTONIA DE TORSIUNE, *sindromul.* Vezi spasmul de torsiune.

DISTROFIA MUSCULARĂ OCULOFARINGIANĂ, *boala.* Întîlnită în Canada şi Norvegia, afecţiune foarte rară, ereditară şi familială, cu debut tardiv cu ptozis, urmată de disfagie lent-progresivă şi atingere ulterioară a altor grupe musculare. Un deficit intelectual apreciabil însoţeşte de regulă evoluţia.

DISTROFIA MUSCULARĂ PROGRESIVĂ, *boala.* Vezi miopatia, boala.

DIZARTRIA, *semnul* Tulburare în conjugarea, succesiunea şi rapiditatea contracţiilor muşchilor laringelui, faringelui, limbii şi buzelor. Vorbirea devine trenantă, ezitantă, scandată sau explozivă. Este o dezorganizare motorie patronată de leziunea cerebeloasă, căreia nu i se poate recunoaşte încă un teritoriu cerebelos precis (lobul anterior, leziuni ale vermisului sau ale pedunculilor cerebeloşi superiori).

DOPAMINA. Precursor al catecolaminelor, cu formula chimică 3, 4, dihidroxifenil-alanină, se găseşte în concentraţii crescute în putamen, nucleul caudat, şi globul palid. În ultimul timp se consideră că dopamina are funcţia de transmiţător neuroumoral al sistemului extrapiramidal. Terapia modernă cu dopamină în sindromul parkinsonian pare a avea o eficacitate neîntîlnită pînă acum în această afecţiune.

DRĂGĂNESCU-VOICULESCU, *proba.* Sinonim proba asimetriei dinamice prezentă în sindromul cerebelos. Se pune în evidenţă asinergia contracţiei diverselor grupe musculare, normal solicitate, în vederea îndeplinirii unei acţiuni. Constă în recomandarea bolnavului de a ridica ambele membre superioare pînă la un plan orizontal. De partea bolnavă membrul superior depăşeşte această linie.

DREAMY STATE, *sindromul.* Acces paroxistic semnalat în tumorile regiunii uncusului hipocampic. Consistă în apariţia subită a unei halucinaţii ofalctive (obişnuit un miros greu, acelaşi în toate accesele) sau gustative, pe un fond de obnubilaţie discretă şi uneori însoţită de halucinaţii psihice. Sindrom de mare valoare în localizarea proceselor compresive.

DROMOMANIA. Acces paroxistic şi irezistibil de vagabondaj. Apare în anumite afecţiuni mintale, în stări psihopatoide toxice, în stările post critice ale epilepsiei, în stările după traumatisme craniene sau după encefalite.

DROP ATTACKS, *semnul.* Accident brusc şi trecător ce survine la bolnavii purtători de maladii cardiovasculare congenitale, caracterizat prin deficit motor, în special al membrelor inferioare, ce apare în timpul activităţii şi urmat de o remisiune rapidă. Este determinat de un proces anoxemic la nivelul trunchiului cerebral sau măduvii.

DRUZEM PAPILAR. Anomalie obişnuit familială şi ereditară, caracterizată prin invazia papilei de producţii hialine,

Scanned with OKEN Scanner

fără repercusiuni funcţionale, care modifică morfologia şi culoarea normală a papilei nervului optic, dîndu-i un contur expansiv neregulat cu o nuanţă cerată sau alb-galben.

DUCHENNE, *boala*. Vezi miopatia pseudohipertrofică.

DUPUY-OUTEMPS şi CESTAN, *semnul*. Întîlnit în paralizia facială periferică. Dacă, în timp ce bolnavul priveşte în jos, este invitat să închidă cu efort ochii, pleoapa de partea paralizată se ridică paradoxal.

DUPUYTREN, *boala*. Retracţia aponevrozei palmare, caracterizată clinic prin flexiunea permanentă şi progresivă a primei falange pe metacarpian şi a celei de a doua falange pe prima, cea de-a treia rămînînd obişnuit în extensie. Mai frecventă la bărbat şi în special la mîna dreaptă, apare obişnuit la vîrsta adultă începînd cu inelarul, apoi degetul al 5-lea şi în urmă celelalte, toate sfîrşind prin a se încrusta în palma mîinii. Întîlnită la reumatici, gutoşi şi artritici, a fost semnalată şi în unele maladii nervoase ca poliomielita anterioară, traumatisme ale măduvei, nevrita cubitală etc.

DURAND-TARDEL, *boala*. Formă propriu-zis anatomopatologică a ramolismentului cerebral, obişnuit fără expresie clinică sau numai cu un debut ictal, în general uşor şi fără urmări. Focarul de ramoliţie îşi are sediul în părţile mute ale creierului, prezenţa sa constituind obişnuit o surpriză de autopsie.

DUREREA FRONTOORBITALĂ, *semnul*. Pe lîngă frecventa geneză inflamatorie, locală şi de vecinătate, ea caracterizează afecţiunile care angajează coasa cerebelului, aceasta fiind inervată de o ramură recurentă a triunchiului oftalmic al trigemenului (tumoră de trunchiul cerebral sau cerebeloasă în special).

DUREREA TALAMICĂ, *semnul*. Sinonim hiperpatia. Excepţional de vie, tenace şi greu suportabilă, cu variaţii penibile de intensitate, predispoziţie hemiplegică, mai deosebit distală, cu senzaţii atroce de sfărîmare, smulgere, arsură sau frig. Cauza obişnuită e ramolismentul talamic, excepţional factorii proliferativi. Se instalează la un interval de timp apreciabil după accidentul vascular, cu o rezistenţă invincibilă la terapia medicală. După Sager leziunile talamusului ar intercepta fibrele corticotalamice cu eliberarea talamusului, nivelul de integrare al componentelor perceptive şi afectivvegetative ale durerii, de influenţa corticală. În acest fel, caracterul afectivvegetativ al durerii ar domina, realizînd specificul suferinţei.

Scanned with OKEN Scanner

E

EATON-LAMBERT, *sindromul.* Afecţiune rară asociind apariţia unui sindrom miastenic la un carcinom bronşic cu celule mici. Sindromul este generat de o tulburare în transmisia neuromusculară, corectată, pare-se spectacular, prin administrarea terapeutică a clorurului de guamidină.

ECHOENCEFALOGRAFIA. Sinonim ultrasonoencefalografia (USEG). Înregistrare fotografică a fenomenului de reflecţie a undelor ultrasonore generale de un dispozitiv piezoelectric, palpator, aşezat consecutiv pe o regiune laterală a capului, apoi pe simetrica sa, de către unele formaţiuni intracerebrale normale sau patologice. Normal, cele două trasee prezintă o zonă de reflecţie, exact pe linia mediană (ventr. III) ; lipsa de simetrie arată o deplasare patologică.

ECLAMPSIA. Atac cu caracter convulsiv ce apare exploziv în cadrul unei toxicoze gravidice. Se însoţeşte de cianoza feţii şi caracterele clinice nu o pot deosebi de epilepsie. Albuminuria, uremia şi hipertensiunea arterială consecutivă, în contextul circumstanţial al sarcinei, orientează diagnosticul.

ECOLALIA, *semnul.* Repetarea cuvintelor auzite, întîlnită în anumite maladii mintale, în recuperările afaziei, în tulburările psihice ale maladiei ticurilor etc.

ECTORS, *sindromul.* Generat de prezenţa unui meningiom al celei de a 3-a circumvoluţiuni frontale. În fapt, tumoră mică, de circa 20—40g, angajează şi jumătatea posterioară a circumvoluţiunii frontale a 2-a, respectiv ariile 8 ; 9 ; 44 ; 45 şi 46 Broadmann. Simptomatologia are unele caractere specifice : hemiplegie homolaterală lentă şi progresivă, prin deplasarea mecanică a trunchiului cerebral către coasa cerebeloasă de partea opusă, tulburări psihice proprii tumorilor frontale, sindrom motor al ariei a 8-a cu rotaţia capului spre leziune şi semne extrapiramidale, sindrom piramidal încrucişat cu epilepsie focală şi deficit motor progresiv, ce debutează cu faţa, prin invadarea frontalei ascendente şi, în sfîrşit, semne radiologice osoase, cu dilataţia unilaterală a

Scanned with OKEN Scanner

şanţurilor vasculare şi porozitate, precum şi modificări ale lumenului ventriculilor laterali şi a ventriculului al 3-lea, hidrocefalie internă cu deplasarea globală spre partea opusă.

EDEMUL ANGIONEVROTIC ACUT, *boala*. Sinonim maladia lui Quinque. Tumefacţie obişnuită a pielii şi a ţesutului celular subcutanat, cu posibile localizări şi la nivelul mucoaselor (buze, laringe, trahee, stomac, intestine etc.), localizată de regulă la extremităţi, trunchi, faţă, cu apariţia rapidă. Apare uneori brusc sau în urma unui factor toxic alimentar, în placarde de 2—10cm³ diametru, cu limite difuze, fără modificări de culoare, mobile, nedureroase şi cu evoluţie rapidă. Localizarea la aparatul respirator este foarte gravă.

EDEMUL CEREBRAL ACUT. Vezi encefalopatia hipertensivă acută.

EDEMUL PAPILAR, *semnul*. Vezi staza papilară.

EFIDROZA. Hiperhidroză localizată la un teritoriu limitat al pielii. La o hemifaţă, spre exemplu, traduce o leziune a simpaticului cervical, coexistentă cu un sindrom Claude-Bernard-Horner.

EICHORST, *boala*. Formă rară de miopatie, discutabilă, localizată la musculatura femurotibială.

EKBOM, *sindromul*. Sindromul picioarelor neliniştite, caracterizat prin prezenţa unor parestezii profunde cu caracter neplăcut, enervant şi persistent, localizate la nivelul membrelor inferioare, în special în repaus şi în cursul nopţii. Sindromul pare a fi determinat de tulburări vasomotorii medulare.

ELECTROCORTICOGRAFIA, *e.e.g.* Înregistrarea activităţii electrice cu electrozi aşezaţi pe scoarţa cerebrală.

ELECTROD, *electrologie*. Dispozitiv impolarizabil (a cărui rezistenţă electrică nu se modifică la trecerea curentului electric) pentru culegerea unui potenţial. În e.e.g. : piesa metalică argintată, învelită într-o ţesătură hidrofilă udă, menţinută pe pielea capului de un sistem elastic, şi pe care s-a depus puţină pastă de electrozi. Contactul imperfect produce artefacte.

ELECTROD ACTIV, *explorator (electrologie)*. În e.e.g. electrod aşezat pe regiunea explorată, al cărui potenţial este raportat unui alt electrod, activ sau de referinţă. În E.D. (electro-diagnostic), electrod mic, olivar, care se aplică pe locul explorat ; are efect excitator, densitatea electrică fiind mare la punctul de contact.

ELECTROD INDIFERENT, E.D. Electrod de suprafaţă mare, situat pe linia de simetrie a corpului. Nu are efect excitator.

ELECTROD DE REFERINŢĂ, *e.e.g.* Electrod aşezat, în principiu, pe o regiune electrică neutră (pe linia mediană, nas, bărbie, dar şi pe lobul urechii etc.) comun mai multor electrozi activi.

ELECTROD DE REFERINŢĂ COMUN, ARTIFICIAL GOLDMANN, *e.e.g.* Punct de referinţă rezultat din media potenţialelor electrozilor activi, printr-un sistem de rezistenţe.

ELECTRODIAGNOSTIC. Totalitatea procedeelor de investigaţie pe care ni le dă curentul electric pentru stabilirea stării fiziopatologice a ţesuturilor reactive, E.D. prin stimulare : metoda clasică ; curenţi galvanici sau faradici ; metoda cronaximetrică bazată pe faptul că excitaţia este funcţie de intensitatea şi durata stimulului. E.D. prin explorarea activităţii spontane : electroencefalografia, E. retinografia, E. miografia, E. dermografia (reflexul psihogalvanic) ş.a. E.D. prin cercetarea variaţiei impedanţei organismului : reografia.

ELECTROENCEFALOGRAFIA, *e.e.g* Metoda de culegere, de amplificare, de

Scanned with OKEN Scanner

înscriere şi interpretare a variaţiilor de potenţial existente pe pielea capului (scalp), datorite activităţii electrice a creierului. Se cercetează : activitatea de fond, în repaus, pe diferite regiuni, amplitudinea, regularitatea, reactivitatea la diferite stimulări, la solicitarea atenţiei, modificările produse de hiperventilaţie, eventual şi cu alte metode de activare ; simetria interemisferică, admiţînd o amplitudine şi o regularitate puţin mai mică pe emisferul dominant ; undele neobişnuite sau anormale, proporţia şi amplitudinea lor, modul şi locul de apariţie a lor (focalizare) etc.

ELECTROFOREZA, *l.c.r., laborator.* Folosită în laborator pentru determinarea fracţiunilor electroforetice ale l.c.r. cu următoarele constante normale : fracţiunea V 4,3%, albumine 51,3%, globuline α_1 5,8%, globuline α_2 8,4%, globuline β 17,1%, globuline T6,8% şi globuline γ 6,3%.

ELECTROMIOGRAFIA, E.M.G. Culegerea, amplificarea şi înregistrarea, eventual şi ascultarea, curenţilor electrici generaţi de muşchi în timpul activităţii lor, precum şi interpretarea aspectelor rezultate. Culegerea activităţii globale se face cu o pereche de electrozi aşezaţi pe muşchi, sau cu electrozi concentrici (în formă de ac), izolaţi între ei şi la exterior, afară de extremităţi, culegînd astfel potenţialele unei singure unităţi motorii şi mai puţin ample, ale unităţilor imediat vecine. (Vezi traseu E.M.G.).

ELECTROREOGRAFIA. Studiul circulaţiei prin variaţia impedanţei ţesutului (organului) studiat la trecerea undei sanguine. Are o aplicaţie majoră în studiul circulaţiei cerebrale.

EMBOLIA GRASOASĂ. Complicaţie dramatică foarte ades letată, a traumatismelor, în special ale oaselor lungi, survenind după un interval liber de la 12 ore la 2—3 zile şi caracterizîndu-se prin tetrada simptomatologică : pulmonară (tuse, opresiune toracică, dispnee şi cianoză, cu imagine radiografică în opacităţi floconoase bilaterale), neurologică (coma profundă instalată rapid, cu rigiditate decerebrată, Babinski şi reflexe vii bilateral), cutanate (peteşii la nivelul trunchiului şi fundurilor de sac conjunctivale) şi oculare (placarde alb-gălbui, perimaculare, edem al retinei, cu ulterioare hemoragii striate multiple).

EMBRIOPATIA RUBEOLICĂ. Malformaţii şi tulburări neuropsihice ale copilului născut de o mamă afectată în primele trei luni ale sarcinii de rubeolă. Factorul nociv afectează embrionul în etapa diferenţierii sale morfofuncţionale. Se notează deficitul mintal pînă la idioţie.

EMBRIOPATIA TOXOPLASMOZICĂ. Boală congenitală datorită protozoarului toxoplasma Gondii transmis la om prin ingestia de carne, mai rar muşcătura de rozătoare purtătoare de germen. Transmiterea de la mamă la făt se face pe cale transplacentară, prin contiguitate, ţesuturile embrionare fiind extrem de sensibile la acest agent patogen. Simptomele dominante sînt hidrocefalia, înapoierea mintală, calcifieri intracraniene şi corioretinita pigmentară.

ENCEFAL, *examen radiografic.* Conţinutul cranian (encefalul) se examinează prin două metode radiologice : 1) examenul radiografic de rutină al craniului (fără mijloace de contrast) şi 2) examenul radiografic al craniului cu mijloace de contrast. O bună parte din leziunile encefalului pot produce modificări osoase, cu condiţia ca evoluţia lor să fie lentă şi progresivă şi cu atît mai mult cu cît procesul se dezvoltă la o vîrstă mai fragedă. Semnele acestea sînt socotite ca semne indirecte. Pentru evidenţierea lor se va utiliza toată gama incidenţelor radiografice întrebuinţate în examenul de rutină al craniului, începînd cu radiografii de ansamblu şi continuate, după caz, şi, dacă este nevoie, cu cele regionale în incidenţe speciale. Examenul acesta reprezintă pri-

Scanned with OKEN Scanner

mul stadiu de investigaţie radiologică a encefalului. Examenul radiologic cu mijloace de contrast este, în bună măsură, un examen de specialitate care cere o aparatură corespunzătoare. Metodele întrebuinţate se împart în două grupe, după concontrastul folosit : contrast negativ (cu aer) în pneumoencefalografia totală, parţială sau dirijată şi ventriculografia, examen rezervat numai serviciilor de neurochirurgie ; contrast pozitiv (cu compuşi ai iodului) în angiografia cerebrală carotidiană sau vertebrală şi flebografia orbitară. Metodele encefalopneumografice (totală şi parţială) au o largă răspîndire în studiul afecţiunilor neurologice şi psihiatrice la adult şi copil. Pneumoencefalografia fracţionată şi dirijată este de uz neurochirurgical, folosită chiar şi la bolnavii cu diagnosticul prezumtiv de tumoră de fosă posterioară.

ENCEFAL IZOLAT, *preparatul.* Secţiunea transversală a trunchiului cerebral la nivelul bulbului rahidian, nu suspendă starea de veghe întrucît sistemul reticulat ascendent activator, prezent în formaţiunea reticulată a mezencefalului, rămîne în funcţiune.

ENCEFALITA ACUTĂ NECROZANTĂ, *boala.* Encefalite cu predominanţă corticobazală, în special temporohipocampică. Dintre ele, encefalita herpetică şi-a dovedit originea virală. Debut brusc, convulsii (crize jaksoniene, olfactive, uncinate) semne hemiplegice, afazie, confuzie mintală, torpoare, comă mortală în majoritatea cazurilor în 2—8 zile. Creierul se prezintă ramolit în largi focare de confluare a zonelor inflamatorii. În nucleii celulelor gliale şi neuronale se găsesc incluziuni eozinofile asemănătoare celor descrise de Dawson în encefalita cu incluziuni. Rarele cazuri curabile, majoritatea cu o simptomatologie temporală expansivă, abordabile chirurgical sînt urmate de sekele grave, demenţiale.

ENCEFALITA CU INCLUZIUNI, *boala.* Encefalită neelucidată încă etiologic, posibil virală, caracterizată morfologic prin prezenţa de incluziuni intranucleare de tip A similare celor din herpesul simplu. Incidenţă extrem de rară, afectînd în special copii. Debut cu deteriorare progresivă a sistemului nervos, tulburări comportamentale, prăbuşire intelectuală, convulsii şi manifestări motorii. Evoluţia rapidă şi fatală. Anatomohistologic, leziuni infiltrative perivasculare în scoarţă şi substanţa albă, cu focare multiple de necroză, macrofage şi incluziuni intranucleare în celulele nervoase, în special la nivelul talamusului şi cortexului cerebral.

ENCEFALITA DAWSON, *boala.* Vezi encefalita cu incluziuni.

ENCEFALITA DE CALIFORNIA, *boala.* Determinată de un arborvirus izolat din creierul bolnavilor decedaţi. Rezervorul de virus îl constituie mamiferele mici şi insectele. Clinic, se caracterizează printr-un debut acut, febril, cu semne severe meningoencefalitice, uneori convulsii etc. Apare obişnuit în mediul rural şi, în special, în zonele păduroase.

ENCEFALITA DE CĂPUŞĂ-EUROPA CENTRALĂ, *boala.* Izolată în ţările din centrul Europei, inclusiv în România şi în zonele vestite ale U.R.S.S. Agentul cauzal este un arborvirus din grupul B, transmis la om prin muşcătură de căpuşă (Ixodes persulcatus, ixodes ricinus) infectate la rîndul lor de anumite rozătoare, mamifere sau păsări care constituie rezervorul natural de virus. Boala mai poate fi transmisă prin consumul de lapte crud sau inhalare de material infectat. S-a descris transmiterea de la om la om. În general, boala evoluează în două faze : una de viremie, cu tulburări generale accentuate şi, alta, organică, cu manifestări neurologice mai severe, obişnuit meningoencefalitice, encefalitice şi mai rar encefalomielitice, ambele faze febrile

Scanned with OKEN Scanner

despărţite de o perioadă apiretică de 4—15 zile. Evoluţia de 3—6 săptămîni, în general benignă, mai severă la copii, cu mortalitate de 1—4%. Un mare număr de cazuri evoluează inaparent clinic. Sekelele sînt de obicei minore. Diagnosticul se pune pe baza evidenţierii anticorpilor neutralizanţi pentru această encefalită, care ating cel mai ridicat titru la începutul fazei neurologice. În România s-a depistat o zonă în jurul oraşului Bacău care s-a dovedit a fi rezervor de encefalită de căpuşi.

ENCEFALITA DE COLORADO, *boala*. Semnalată în Rocky Mountains (SUA). Apare cu febră mare, dureri musculare şi articulare, uneori cu simptomatologia encefalitei severe, cu convulsii.

ENCEFALITA DE PRIMĂVARĂ-VARĂ, *boala*. Sinonim encefalita rusă sau de taiga. Izolată încă din 1937, este determinată de un arborvirus din grupul B şi transmisă la om prin muşcătura de căpuşă (Ixodes persulcatus) sau consumul de lapte crud de capră. Evoluţie bifazică, obişnuit mai severă decît a encefalitei de Europa centrală, cu decese semnalate pînă la 30% din cazuri. Clinic, obişnuit o meningoencefalită sau encefalită care lasă uneori sekele severe. Leziunile anatomopatologice constau din infiltrate difuze de celule ameboide, focare de rarefacţie celulară şi necroză.

ENCEFALITA DE TRUNCHI CEREBRAL. Probabil de natură virotică, cu apariţie sporadică. Atinge preferenţial vîrsta adultului, evoluînd subacut, cu febră moderată, de obicei în pusee, despărţite de o stare de remisiune de la cîteva zile la 3 luni. Debut cu cefalee, vertij, diplopie şi vomismente. Progresiv se instalează semnele unei atingeri severe de trunchi, cu paralizie bilaterală de VI şi VII, tulburări vestibulare şi de deglutiţie, cu atingeri concomitente cerebelopiramidale. Frecvent evoluţie spre exitus. Morfologic, tablou structural de encefalită virotică, predominant la nivelul trunchiului, cu posibile expansiuni, mai puţin accentuate, spre mezodiencefal, mai pregnante spre cerebel şi măduvă. Proliferarea glială difuză cu concentrări nodulare, infiltraţii perivasculare limfoplasmatice şi leziuni moderate neuronale, sînt vizibile.

ENCEFALITA DE WEST-NILE, *boala*. Comună în ţinuturile limitrofe ale Mării Moarte. Este determinată de un arborvirus din grupul B asemănător virusului encefalitei japoneze şi de St. Louis, cu un tablou clinic asemănător.

ENCEFALITA DEMIELINIZANTĂ CONCENTRICĂ, *boala*. Vezi Balo, boala.

ENCEFALITA EPIDEMICĂ, *boala*. Sinonim cu encefalita letargică, encefalita von Economo, după numele autorului care a descris-o în 1917. Agentul patogen este un virus filtrabil, pînă azi încă neizolat, care determinată o reacţie intensă inflamatorie în spaţiile perivasculare ale trunchiului cerebral, ce se întinde la ganglionii de la bază, hipotalamus, mai puţin meninge, cerebel şi măduvă. Se remarcă o degenerare constantă a celulelor substanţei negre. Debutul bolii este asemănător gripei, la care se adaugă semne neurologice cu diplopie şi cefalee. În perioada de stare semnele clinice au permis descrierea unor forme clinice ca : forma hipersomnică oftalmoplegică (letargică) în care hipersomnia poate dura timp îndelungat ; forma hiperkinetică-algomioclonică, cu mişcări dezordonate, delir şi dureri ; forma amiostatică-akinetică, care îmbracă aspectul unui sindrom parkinsonian acut, cu cele mai frecvente sekele post encefalitice ; forme clinice monosimptomatice, printre care a fost inserat şi sughiţul epidemic, faptul rămînînd încă nosologic discutabil. Perioada acută a bolii poate dura timp îndelungat, uneori cîteva luni. Encefalita epidemică este urmată frecvent de sekele, obişnuit extrapiramidale.

ENCEFALITA GRIPALĂ, *boala*. Apare în special la copii în a 3-a sau a

Scanned with OKEN Scanner

4-a zi de boală, cu debut prin cefalee violentă, care se suprapune semnelor gripei, febră, vărsături, uneori convulsii, stupoare şi comă. Semnele psihice cu caracter confuzional, delir, nelinişte. Neurologic pot apare semne de focar, cu modificări de reflexe, hemipareze, etc. Virusul asiatic cel mai răspîndit, pare a fi în cauză, pus în evidenţă prin prezenţa anticorpilor în serul sanguin. Histopatologic, se găsesc leziuni acute ale celulelor nervoase ale scoarţei şi nucleilor de la bază, edem şi infiltrate limfocitare perivasculare etc.

ENCEFALITA HIPERKINETICĂ, boala. Formă clinică a leucoencefalitei sclerozante subacute, în care predomină hiperkineziile, izolată de Uzunoff (1957).

ENCEFALITA JAPONEZĂ B., *boala.* Boala sezonului cald, determinată de un arborvirus din grupul B şi transmisă de ţînţari, rezervorul de virus fiind păsările şi animalele domestice. Anatomohistologic, leptomeningită limfocitară, infiltraţie perivasculară cu degenerări neuronale, cu focare mici de necroză, mai ales în substanţa cenuşie. Clinic, se caracterizează prin debut gripal, cu febră mare şi simptomatologie meningeală accentuată, delir, stupoare şi comă. După 8—10 zile de evoluţie febrilă, rezoluţie treptată, cu frecvente sekele neurologice. Diagnosticul prin reacţia de fixare a complementului, prezentă la o treime din cazuri.

ENCEFALITA LETARGICĂ, *boala.* Vezi encefalita epidemică.

ENCEFALITA NODULARĂ PETTE-DÖRING, *boala.* Formă de encefalită primitivă, cu predominanţă axială, de cauză încă necunoscută, înglobată de unii autori la un loc cu leucoencefalita sclerozantă subacută van Bogaert. Prezenţa nodulilor gliali pare a-i acorda o oarecare individualitate. Apare la copii şi tineri, cu debut insidios, iniţial cu modificări progresive ale comportamentului, apoi tulburări apraxice şi agnozice, cu manifestări piramido-extrapiramidale, hiperkinezii polimorfe, uneori hipertonie excesivă, tulburări de langaj şi de glutiţie, cu prăbuşirea într-o stare demenţială ireductibilă.

ENCEFALITELE PSEUDOTUMORALE. Sindromuri clinice inflamatorii ale substanţei cerebrale, adesea de cauză necunoscută, care simulează, prin simptomatologia lor, pînă la confuzie, o tumoră cerebrală. Se manifestă printr-un sindrom de hipertensiune intracraniană, cu instalarea rapidă şi zgomotoasă, însoţită de semne oculare importante, cu aspect de stază papilară capricioasă, cu pusee şi remisiuni, precum şi de scăderea acuităţii vizuale. Semnele de focar, cînd există, de excitaţie sau de deficit, sînt difuze şi pledează contra genezei lor printr-un proces proliferativ circumscris. Examenele paraclinice, radiologice şi electroencefalografice înlătură suspiciunile de tumoră cerebrală, iar cele biologice pot arăta stigmatele unui proces inflamator.

ENCEFALITA PURULENTĂ. Encefalită cu germen, progresivă, în cadrul unor procese infecţioase acute sau ca urmare a unor supuraţii cronice ale urechii. Diferă de abcesul cerebral prin lipsa membranei limitante şi prin întinderea procesului supurativ, cele două afecţiuni putînd coexista. Semnele generale, cu caşeta infecţioasă şi examenul l.c.r. clarifică diagnosticul.

ENCEFALITA ST. LOUIS, *boala.* Determinată de un arborvirus din grupul B, este transmisă de variate specii de Culex. Rezervorul de virus îl constituie păsările. Provoacă leziuni, în special la nivelul nucleilor de la bază, talamus şi substanţa neagră, prin focare inflamatorii şi degenerări neuronale. Debutul este brusc, cu semne meningeale, confuzie, dezorientare, delir. Evoluţie obişnuit favorabilă în 8—10 zile, cu rare sekele neurologice. Diagnostic retrospectiv prin teste de neutralizare.

Scanned with OKEN Scanner

ENCEFALITA VON ECONOMO, *boala*. Vezi encefalita epidemică.

ENCEFALITA VERTIGINOASĂ ACUTĂ, *boala*. De etiologie, probabil, virală, cu leziuni nervoase diseminate. Apare brusc, cu cefalee, vomismente, ataxie şi vertij, la care se adaugă atingeri de nervi cranieni, semne piramidale, tulburări de sensibilitate, tulburări psihice, uneori crize epileptice. Examenul clinic pune în evidenţă un nistagmus persistent, iar proba calorică subliniază o hiperreflectivitate uni sau bilaterală. l.c.r., în general, fără modificări, uneori cu pleiocitoză şi hiperalbuminoză. Evoluţie obişnuit benignă.

ENCEFALOCEL, *malformaţie*. Distrofie craniană însoţită de hernierea creierului sau creieruşului prin poarta creată între oasele craniului dehiscente. Sediul cel mai frecvent este occipital, volumul herniei putînd egala aci pe cel al craniului, prezentîndu-se sub forma unei tumori rotunde, de consistenţă moale, fluctuentă, fără modificări ale pielii. Sacul tumoral conţine foiţele meningeale, lichid cefalorahidian şi o porţiune de substanţă nervoasă. La faţă, cu sediul frontoorbitar, encefalocelul este mai redus în volum, dar cu modificări grosolane ale fizionomiei feţei. Obişnuit, originea e congenitală, excepţional de rar traumatică. Printre manifestările clinice mai frecvente se semnalează întîrzierea mintală şi epilepsia.

ENCEFALOCISTOCEL, *malformaţia*. Formă de encefalocel în care există comunicare între cavitatea ventriculară şi cavitatea encefalocelului.

ENCEFALOCISTOMENINGOCEL, *malformaţia*. Formă de encefalocel în care există o cantitate de lichid între meninge şi creierul herniat.

ENCEFALOGRAFIA FRACŢIONATĂ. Metodă de investigaţie radiologică în neurologie, introdusă recent de Lindgren şi Ruggiero, axată pe utilizarea de cantităţi moderate de contrast gazos, a cărui progresie este controlată sub ecran. Foarte puţin periculoasă şi fără contraindicaţii, permite vizualizarea malformaţiilor cerebrale, tumorilor, atrofiilor (în special cerebeloase) şi a inflamaţiilor meningeale şi cerebrale.

ENCEFALOGRAFIA GAZOASĂ, Metodă complementară de contrast, folosită pe scară largă în explorarea sistemului ventricular şi a spaţiilor pericerebrale. Consistă în introducerea de aer pe cale lombară, practicată pe bolnavul aşezat cu capul plecat uşor înainte. În cantitate mică, aerul vizualizează cavităţile ventriculare. În cantitate mare el debordează în lacurile pericerebrale. Poate da indicaţii asupra prezenţei proceselor expansive intracraniene, a arachnoiditelor, meningitelor seroase circumscrise, hematomului, a atrofiilor cerebrale etc.

ENCEFALOLEUCOPATIA DIFUZĂ FLATAU, *boala*. Denumire acordată de Flatau leucoencefalitei periaxile. Vezi Schilder Foix, boala.

ENCEFALOMIELITA DISEMINATĂ ACUTĂ, *boala*. Afecţiune de etiologie încă discutabilă, probabil determinată de o infecţie cu germen sau virus încă nedeterminat. Clinic, debutul este brusc, cu sau fără fenomene generale de însoţire, cu evoluţie rapidă spre o dublă atingere nervoasă medulară şi cerebrală. Afectarea măduvii se caracterizează prin tulburări motorii de tipul tetraplegiei, hemiplegiei, paraplegiei sau sindromului Drown-Sequard, cu aspect flasc sau spasmodic, parestezii accentuate, tulburări sfincteriene şi tulburări trofice. Afectarea concomitentă cerebrală se caracterizează prin prinderea de nervi cranieni, obişnuit facialul şi motor ocular extern, nistagmus, paralizii de funcţiune ale motricităţii oculare, tulburări de vorbire, epilepsie, confuzie mintală etc. Evoluţie variabilă, de la formele abordive, fără sekele, la cele grave, fatale prin prinderi bulbare. Simi-

Scanned with OKEN Scanner

litudinea şi diseminarea leziunilor pe tot nevraxul, cu ceea ce se întîlneşte în scleroza în plăci acută, au determinat pe mulţi autori să elaboreze, în această privinţă, o teorie unicistă, încă discutabilă.

ENCEFALOMIELOCEL, *malformaţia*. Asocierea unui encefalocel cu un mielocel în acelaşi sac herniar.

ENCEFALOPATIA. Termen generic acordat unor afecţiuni determinate de cauze diverse şi caracterizate printr-o atingere difuză a encefalului.

ENCEFALOPATIA ACUTĂ HIPERTENSIVĂ, *sindromul*. Sinonim edem cerebral acut. Generată de tulburări ale circulaţiei vasculare cerebrale, consecinţă a hipertensiunii arteriale (hipertensiunea arterială malignă, feocromocitomul, periarterita nodoasă, lupusul eritematos, encefalopatia saturnină etc.) sau venoase (insuficienţele cordului drept), mai rar unor procese infectotoxialergice. Creierul prezintă un edem întins, uneori congestionat, cu sufuziuni corticale şi leptomeningeane. Circumvoluţiile sînt tumefiate, înghesuite, turtite. Se constată vazodilataţia cu stază sanguină, tumefierea şi estomparea staţiilor perivasculare şi pericelulare. Clinic cefalee, iritabilitate, insomnie, oboseală pînă la obnubilare, însoţite de semne meningeene. Oftalmoscopic, modificări retiniene constante, cu leziuni vasculare, edem papiloretinian, exudate şi hemoragii retiniene.

ENCEFALOPATIA ANOXICĂ. Leziunile apar după oprirea inimii, anoxie anoxică, anoxie anemică şi anoxie de stază. Anumite regiuni cerebrale sînt, în mod special, vulnerabile : cortexul, în special straturile corticale intermediare, neostriatul, talamusul, creieraşul, hipocampul şi, mai ales, sectorul lui Sommer al cornului lui Ammon.

ENCEFALOPATIA BOXERILOR. Determinată de leziuni histologice de tip microhemoragice, urmate de degenerări neuronale şi reacţie glială, dispuse difuz în cortexul cerebral şi cerebelos, în corpii striaţi şi hipotalamus. S-au descris forme pseudoparalitice, cu dizartrie, tremurături şi demenţă progresivă, forme de tip leuconevraxitic cu tulburări cerebeloase, dizartrie, semne piramidale şi oculare, forme pseudotumorale, cu cefalee, tulburări psihice şi crize convulsive şi, în fine, forme pseudoparkinsoniene, cu hipertonie plastică şi tremurături de tip extrapiramidal.

ENCEFALOPATIA HEPATOGENĂ SUBACUTĂ SAU CRONICĂ, *sindromul*. Termen creat de Greenfield pentru a cuprinde acţiunile secundare unei atingeri subacute sau cronice ale ficatului (ciroză, hepatocolicistită, neoplasm hepatic etc.) caracterizate prin manifestări nervoase extrapiramidale ca în degenerescenţa hepatolenticulară şi tulburări psihice, în lipsa unor tulburări biochimice ale metabolismului cupric.

ENCEFALOPATIA HIPOCALCEMICĂ. Puţin cunoscută, acţiunea hipocalcemiei asupra creierului, părînd a se exercita prin modificarea excitabilităţii celulare (scăderea pragului cardiazolic şi fotomioclonic) ca şi prin modificarea inhibiţiei hidrice. Clinic, manifestările encefalitice nu au caracter specific. Se înregistrează crize comiţiale de tip grand mal sau absenţe, tulburări psihice în sfera cunoştinţei, inteligenţei, umoarei şi comportamentului, uneori edem papilar şi dezorganizare electroencefalografică. Diagnostic dificil, revelatoare fiind hipocalcemia.

ENCEFALOPATIA HIPOGLICEMICĂ, *sindromul*. Semnalată la hipoglicemicii suferind de adenom al insulelor lui Langerhans, la diabeticii sub tratament insulinic sau cu sulfamide hipoglicemiante, sau la bolnavii trataţi cu insulină pentru afecţiuni psihiatrice. Se caracterizează clinic prin accese paroxistice de comă hipoglicemică, convulsii, narcolepsie, hemiplegie, parestezii, tulburări de

Scanned with OKEN Scanner

motricitate oculară, ameţeli, la care se asociază tulburări psihice, agitaţie psihomotorie, stări confuzionale şi amiotrofii distale. Histopatologic s-au semnalat ischemie şi omogenizare neuronală, hipertrofie glială, uneori leziuni vasculare la nivelul cornului lui Ammon şi cortexului cerebral.

ENCEFALOPATIILE INFANTILE. Cuprind afecţiuni cerebrale ale copilului, de etiologie şi expresie clinică diferită, dar unite în următoarele trăsături comune : agresiunea cerebrală acută sau subacută, împiedică dezvoltarea psihomotorie a copilului, iar cicatricea consecutivă, înzestrată cu un potenţial propriu, tinde să invadeze regiunile de vecinătate neafectate printr-un proces scleroatrofic evolutiv. Aşa se explică de ce formele clinice ale acestor encefalopatii infantile nu sînt chiar atît de fixe precum s-a crezut. Cauzele acestor encefalopatii sînt agresiunile craniocerebrale prin procesul parturităţii, denutriţiile, neurotoxicozele, intoxicaţiile, traumatismele craniene, encefalitele, sifilisul şi alcoolismul părinţilor.

ENCEFALOPATIA MIOCLONICĂ A SUGARULUI. Vezi maladia lui Kinsbourne.

ENCEFALOPATIA MIOCLONICĂ CU HIPSARITMIE. Vezi West, sindromul.

ENCEFALOPATIA NECROZANTĂ SUBACUTĂ A COPILULUI. Vezi maladia lui Leigh.

ENCEFALOPATIA PENICILINICĂ Denumită astfel de Bloomer (1967) apare în cazul unei terapii intense şi prelungite cu penicilină (de ordinul zecilor de milioane zilnic) care măreşte excesiv concentraţia serică a antibioticului, mai ales în condiţiile unei insuficienţe renale. Clinic, pe fondul unei diminuări progresive a cunoştinţei, apar mioclonii ale feţei sau extremităţilor ce se generalizează, urmate de crize convulsive într-o adevărată stare de rău epileptic, în care manifestările accesuale generalizate alternează cu manifestări focale. Este imperios necesară diminuarea dozelor de penicilină sau chiar întreruperea acestei terapii.

ENCEFALOPATIA PERTUSSIS. Complicaţie nervoasă a tusei convulsive, rezultat direct al acţiunii endotoxinei bacilului pertussis, în acelaşi timp consecinţă a tulburărilor de ordin vascular şi anoxie (chinte, apnee, convulsii). Se admit ca substrat fiziopatologic preponderenţa leziunilor cerebrale de tip distrofic şi hemodinamic asupra leziunilor cu caracter inflamator de encefalită perivenoasă. Clinic, domină frecvenţa semnelor piramidale, epilepsia şi deficitul intelectual.

ENCEFALOPATIA PORTOCAVĂ, *sindromul*. Totalizează manifestările neuropsihice determinate de şuntarea sîngelui venos portal care ocoleşte obstacolul hepatic (ciroză, pieloflebita trunchiului portal sau staza hepatică prin cardiopatii) şi trece în circulaţia generală. Mai pot fi întîlnite şi în insuficienţe hepatice grave sau ca o consecinţă a anastomozelor portocave chirurgicale. Clinic, tremurături de atitudine, imitînd bătăile aripilor (flapping-tremor) localizate în special la mîini, tulburări ale umoarei de tip depresiv sau moriatic şi tulburări de cunoştinţă cu somnolenţă diurnă, obnubilare, confuzie pînă la comă, la care se adaugă, frecvent, tulburări de tonus cu hipotonie sau hipertonie extrapiramidală, accese de decerebrare etc. Biochimic, hiperamoniemia e caracteristică, alcaloză, hipocaliemie şi hiponatriemie. Histopatologic se pune în evidenţă o degenerescenţă neuronală nespecifică, demielinizare şi proliferare astrocitară protoplasmatică.

ENCEFALOPATIA POSTTRAUMATICĂ. Cuprinde totalitatea manifestărilor patologice neuropsihice cu apariţie tardivă, după un traumatism craniocerebral. Mai frecvent apare sub forma psihică

Scanned with OKEN Scanner

neurasteniformă, în care sînt prezente şi semne obiective ce trebuie căutate cu atenţie. Encefalopatia boxerilor, formă mai recent descrisă, face parte din această categorie.

ENCEFALOPATIA SATURNINĂ. Survine după o intoxicaţie cu plumb, de lungă durată (6 luni la 2 ani). Semnele generale de saturnism preced întotdeauna semnele neurologice : alterarea importantă a stării generale, paloare, astenie şi, mai ales, pierderea de greutate. Apoi dureri abdominale, modificări tensionale şi tulburări caracteriale. Semnele neurologice apar rapid : pe de-o parte un sindrom de hipertensiune intracraniană, pe de altă parte crize convulsive sau simple pierderi de cunoştinţă, la care se poate adăuga, de obicei post-critic, o hemiplegie complet reversibilă, fie o polinevrită predominant motorie, urmată uneori de sekele. Edemul peripapilar şi atrofia optică acută evocă etiologia toxică. Biologic, coproporfirinile sînt crescute, apar hematii granulate, plumburia prezentă şi frecvent uremie. Evoluţie obişnuit reversibilă. Fiziopatologic, predomină edemul cerebral cu necroze vasculare sau citotoxice secundare.

ENCEFALOPATIA SENILĂ. Denumire generică sub care se înţeleg formele clinice de involuţie cerebrală, cele generate de arterioscleroză, demenţele presenile, psihozele senile ş.a. Patogenic, procesul de involuţie senilă pare a fi condiţionat de tulburări circulatorii şi de un progresiv dezechilibru enzimohormonal, în dinamică nefiind exclusă prezenţa factorului genetic.

ENCEFALOZE, *boli.* Denumire folosită pentru a desemna afecţiuni cerebrale degenerative, de origine dismetabolică.

ENUREZIA, *sindromul.* Apare obişnuit la băieţi, considerată nosologic de la vîrsta de 5 ani, în legătură cu malformaţii urinare, spinabifida, tulburări ale somnului, epilepsie. Constă în emisiuni de urină în timpul somnului, bolnavul trezindu-se obişnuit către sfîrşitul actului urinării.

ENZIMELE în *l.c.r., laborator.* Lichidul cefalorahidian, făcînd parte integrantă din mediul intern al organismului, are, ca şi celelalte humori (sînge, limfă), un anumit grad de activitate enzimatică. Au fost puse în evidenţă unele enzime : L.D.H. ; I.C.D. ; G.O.T. ; G.P.T. ; P.H.I. (fosfoexoizomerază) a căror activitate crescută a fost corelată cu unele afecţiuni ale sistemului nervos central. Valorile normale ale activităţii enzimatice în l.c.r. sînt : G.T.O. 5—21 u. Wroblanski / ml. ; G.P.T. 3—2,74 u Wroblanski/ml şi D.H.C. 67—1,67 u. mol/oră/ml 37°C ; I.C.D. 1,7—11,9 u. mol/oră/ml 25°C şi P.H.I. 0,03—0,08 u. mol/oră/ml/37°C. În afecţiunile sistemului nervos central se observă o creştere a activităţii transamunazice, a I.C.D. şi deseori L.D.H. care ar atinge o limită maximă după 24—72 ore de la debut. În tumorile primitive, sau metastazice, ale sistemului nervos central, se observă modificări enzimatice în l.c.r. (L.D.H. ; G.O.T. etc.).

EPENDIMOMUL. Tumoră cerebrală beningnă, cu o frecvenţă apreciabilă, derivată din celulele învelişului pereţilor ependimari şi ale plexurilor coroide. Se dezvoltă cu predilecţie în ventriculul al IV-lea, în creier, măduvă şi în filum terminal unde sînt răspîndite celule ependimale în ţesutul glial al acestei formaţii. Pasibilă de extirpare în masă, fiind bine circumscrisă şi fără tendinţă de degenerare kistică. După forma, dispoziţia şi prezenţa unui proces de degenerare mixedematoasă, s-au descris trei tipuri de ependimome, mixopapilar, epitelial şi celular, cel din urmă tip cu tendinţă de malignizare.

EPICANTUS, *semnul.* Anomalie congenitală a pleoapelor. Constă în acoperirea unghiului intern de o cută proeminentă a pleoapei superioare, bilaterală, şi

Scanned with OKEN Scanner

însoţită obişnuit de o mărime a distanţei dintre globii oculari. Unii autori leagă o uşoară debilitate mintală de prezenţa acestei anomalii.

EPICRANIA MEDIANĂ, *sindromul.* Variantă clinică a nevralgiei occipitale, caracterizată prin senzaţii penibile de furnicături, înţepături, amorţeală şi arsuri la rădăcina părului şi în grosimea tegumentului, localizate pe zona mediană a pielii capului, înapoia vertexului.

EPIDURITA TUBERCULOASĂ. Importantă ca proces compresiv progresiv asupra măduvii spinării, cu paraplegia consecutivă. Forma cea mai comună însoţeşte leziunile potice ale coloanei vertebrale. Formele, aparent primitive, sînt relativ excepţionale. Ele sînt constituite dintr-un ţesut riguros extrameningean, de coloraţie roşiatică, renitent, uşor granulos, cu maximum de dezvoltare posterior, cu limite superioare şi inferioare nete, cu sediul obişnuit la nivelul mijlociu al rachisului dorsal. Clinic, esenţialmente neurologic, debut cu dureri radiculare, nevralgii uni sau bilaterale, în perioada de stare cu paraplegie obişnuit spasmodică, rareori flască. Examenul radiologic fără modificări în forma primitivă. L.c.r. cu albuminoralvie severă (în medie 4 g) cu fenomenul de disociaţie albuminocitologică. Lipiodolul arată o imagine extradurală. Vîrsta tînără a bolnavilor, cu antecedente bacilare, sprijină diagnosticul.

EPIFORA, *semnul.* Întîlnit în paralizia facială periferică. Este lăcrimarea abundentă a ochiului de partea afectată, prin paralizia muşchiului lui Horner.

EPILEPSIA, *sindromul.* Sinonim boala comiţială, morbus sacer, mal caduc. Afecţiunea traduce suferinţa creierului, determinată de descărcări neuronale sincrone şi paroxistice, cu expresie clinică în crize, care apar exploziv şi inopinat, cu manifestări variate, motorii, senzitive, senzoriale, vegetative sau psihice. Generată de cauze foarte diferite, în majoritatea cazurilor identificabile (epilepsie simptomatică). Într-un număr restrîns de cazuri etiologia rămîne ascunsă, necunoscută, constituind forma idiopatică a epilepsiei (genuină). Paroxismului, atît de variabil ca aspect clinic (criza majoră, criza minoră, automatismul epileptic, criza vegetativă şi alte manifestări mai diferite), îi corespund alterări paroxistice intermitente ale traseului electroencefalografic, cărora le revine adesea sarcina de a preciza natura comiţială a acestuia.

EPILEPSIA *e.e.g.* În 80—90% din cazurile de epilepsie apar modificări e.e.g. În epilepsia majoră se înregistrează obişnuit o disritmie cerebrală, paroxistică, cu apariţia bilaterală a undelor delta hipervoltate (100—300 microvolţi şi cu o frecvenţă ridicată de 20—30 c/s). Modificările traseului e.e.g. sînt foarte caracteristice în criza minoră (accesul mic, petit mal, absenţa epileptică, absenţa mioclonică etc.) unde se notează frecvent apariţia de complexe vîrf-undă cu o frecvenţă de 3 cicli pe secundă. În crizele psihomotorii ritmul alfa este înlocuit intermitent cu unde hipervoltate (100—200 microvolţi), lente (1—4 c/s) predominînd frecvent în lobul temporal. În epilepsia focală (jacksoniană) anomaliile e.e.g. apar iniţial delimitate, putîndu-se generaliza ulterior.

EPILEPSIA, *examen radiologic.* Orice epileptic trebuie examinat radiologic. Nu se vor căuta semne proprii epilepsiei, dar se vor elimina un număr de etiologii posibile şi vor fi găsite unele afecţiuni epileptogene. Radiologic, problema va fi privită deosebit faţă de o epilepsie ce datează din copilărie şi una cu debut tardiv. În prima categorie se vor căuta semnele unui traumatism trecut neobservat la naştere sau în prima copilărie (fracturi progresive, hematom subdural cronic, higromă), asimetriile craniene consecutive atrofiei cerebrale unilaterale, calcificări intracraniene etc. În epilepsiile cu debut tardiv se vor urmări semnele unui traumatism în

Scanned with OKEN Scanner

trecutul bolnavului, existenţa unei tumori etc. Examenul radiologic foloseşte metode obişnuite în exploatarea craniului şi encefalului.

EPILEPSIA CORTICOOCCIPITALĂ, *sindromul*. Determinată de o leziune certă occipitală, obişnuit tumorală. Consistă în apariţia bruscă de fosfene, culori, socotom strălucitor sau halucinaţii vizuale mai complexe. Foarte adesea reprezintă aura unei crize comiţiale mai complexe.

EPILEPSIA, CRIZĂ MAJORĂ. Este o comă convulsivă de scurtă durată. Cea mai frecventă expresie clinică a epilepsiei se caracterizează prin succesiunea a patru grupe de manifestări : *faza propromală* (cu tulburări conştiente, discrete şi variabile „pot surveni cu cîteva ore sau zile înaintea atacului, sub formă de mioclonii", tremurături, parestezii, apatie, anorexie, constipaţie, flatzlenţă, palpitaţii, irascibilitate, anxietate etc.). *aura* (vezi capitolul respectiv), *accesul convulsiv* (apariţie brutală cu pierderea cunoştinţei, cuprinzînd o fază tonică, cu hipertonie asemănătoare rigidităţii prin decerebrare, de aproximativ 30 secunde, urmată de faza clonică, cu mişcări bruşte şi generalizate ce durează pînă la 1 minut) şi, în fine *faza stertoroasă* (respiraţie zgomotoasă, hipotonie generalizată şi semn profund ce poate dura cîteva ore).

EPILEPSIA JACKSONIANĂ. Formă de epilepsie parţială, limitată la o regiune de corp şi neînsoţită obişnuit de pierderea cunoştinţei. Este generată de leziuni iritative situate la nivelul circumvoluţiei frontale ascendente şi se manifestă prin clonii paroxistice care pot difuza la restul segmentelor homolaterale, în ordinea dispoziţiei somatotopice ale scoarţei cerebrale. Angajarea circumvoluţiei parietale ascendente în procesul lezional, poate genera un tablou clinic asemănător în care apar parestezii cu aceleaşi posibilităţi de difuzare.

EPILEPSIA MIOCLONICĂ FAMILIALĂ, *boala*. Vezi boala lui Unverricht-Lundborg.

EPILEPSIA PROCURSIVĂ, *sindromul*. Formă clinică a epilepsiei temporale. În timpul crizei bolnavul se deplasează fără controlul cunoştinţei, ca un automat.

EPILEPSIA PSIHOMOTORIE. Formă clinică a epilepsiei temporale. Comportare paroxistică anormală, cu obnubilarea cunoştinţei şi amnezia accesului. Poate consta în repetarea unor mişcări automate, a unor gesturi stereotipe fără nici o semnificaţie.

EPILEPSIA REFLEXĂ, *sindromul*. Paroxism epileptiform de tip convulsiv sau vegetativ convulsiv, consecinţă directă şi imediată a excitaţiei unui creier, aparent normal, prin stimuli endogeni sau exogeni. Exemplu : epilepsia consecutivă punctiei pleurale, helmintiazei intestinale, excitaţiei neuronului periferic, epilepsia de televizor, vizuală, auditivă etc.

EPILEPSIA SENILĂ. Apare după vîrsta de 60 de ani, cu incidenţă crescută pentru sexul masculin, obişnuit în context arteriosclerotic, sub formă de criză majoră. Caracteristic pare a fi raritatea crizelor şi perfecta suportabilitate, chiar a acceselor celor mai violente.

EPILEPSIA TRAUMATICĂ. Statistic, în medie 10% din traumatismele craniocerebrale sînt generatoare de epilepsie. Cele mai epileptogene se dovedesc a fi traumatismele craniene grave, cu plăgi penetrante cranioencefalice, cu fracturi ale craniului şi cu comoţii cerebrale severe. Epilepsia traumatică este denumită precoce cînd survine în primele trei luni de la traumatism, frecvent însoţind chiar perioada acută a impactului craniocerebral, caz în care apariţia convulsiilor este de prognostic sever, ea traducînd pe lîngă leziuni ale parenchimului hemisferic şi suferinţa trunchiului cerebral. Între trei

luni şi trei ani epilepsia traumatică este denumită tardivă, timp după care se semnalează rar apariţia comiţialităţii. Anatomopatologic, leziunea responsabilă este o cicatrice vasculonevroglică cu aspectul morfologic al unui con a cărui bază aderă la dură iar vîrful merge în profunzime pînă la ventriculul cerebral respectiv. Aceasta este dotată cu un dinamism evolutiv propriu, determinînd retracţia ţesuturilor de vecinătate pînă la o hidrocefalie internă pasivă, prin tulburări de resorbţie a l.c.r. Caracterul clinic al crizelor epileptice poate înscrie ca formă focală, cu preţioase indicaţii asupra sediului leziunii, forma focală generalizată sau generalizată de la început, aceasta din urmă fiind expresia cea mai comună a epilepsiei traumatice tardive. Evolutiv, accesele cresc în frecvenţă progresivă, putîndu-se însoţi de tulburări psihice severe. Pe lîngă terapia medicamentoasă clasică, neurochirurgia îşi deschide larg cîmpul de activitate în acest domeniu prin excizia cicatricii epileptogene.

EPILOIA, *boala.* Vezi boala lui Bourneville.

EQUINISM, *semnul.* Aspect particular al poziţiei piciorului care, în extensie forţată, nu mai ia contact cu solul decît prin vîrful degetelor. Întîlnit în diplegia infantilă, în anumite paraplegii hiperspasmodice, ca sekelă a unor afecţiuni cronice nervoase sau musculare etc.

ERB, *boala.* Vezi paraplegia sifilitică cronică, boala.

ERB-GOLDFLAM, *boala.* Vezi miastenia, boala.

ERB-MIOPATIA, *boala.* Vezi miopatia scapulohumerală juvenilă şi miopatia pelvină juvenilă descrise de Erb.

ERGOGRAFUL LUI MOSSO. Aparat pentru înregistrarea şi măsurarea activităţii musculare, utilizat în special în miastenie, unde graficul pune în evidenţă contracţiile musculare descrescînde.

ERITROCIANOZA, *sindromul.* Sindrom vasomotor periferic ce afectează cu predilecţie fetele în jurul perioadei puberale. Este realizat de spasme arteriolare şi venulare succesive, care dau pielii un aspect marmorat prin prezenţa de zone roşii şi violacee, fără a ajunge la necroze. Fenomenele vasomotorii sus amintite dispar odată cu viaţa genitală .

ERITROMELALGIA, *boala.* Denumită şi maladia lui Weir-Mitchell. Afecţiune rară, mai obişnuită la bărbatul de orice vîrstă. Caracterizată prin paroxisme dureroase de aspect cauzalgic, localizată la extremităţi, cele inferioare în special, determinate de o criză de vasodilataţie activă arteriolocapilară ce poate dura de la cîteva minute la cîteva ore. După un debut insidios, cu dureri locale de intensitate progresivă, paroxismul se caracterizează prin triada : durere, roşeaţă şi temperatură locală ridicată, elemente ce suferă exacerbări penibile în sezonul cald. Mecanismul pare a fi iritarea fibrelor vasodilatoare prin cauze încă discutabile : leziuni endoarteriale, nevrite (cu intervenţia mecanismului cauzalgic), endocrinopatii etc.

ERITROPROSOPALGIA, *sindromul.* Roşirea paroxistică, cu tumefierea anumitor părţi ale feţii, dureri şi arsuri de tip cauzalgic, rinoree abundentă, injectarea conjunctivelor, pulsaţii puternice ale arterelor temporale şi ale feţii. Generată prin excitaţia ganglionului otic şi pterigopalatin.

ESCARELE, *sindromul.* Sinonim decubitus acutus. Tulburări trofice şi ulceraţii ce apar la locurile de presiune în cazul unei aliterări de lungă durată la bolnavi cu afecţiuni grave, acute sau cronice, cu predilecţie nervoasă. Sediul escarelor în ordinea frecvenţei : regiunea sacrală, călcîi, omoplaţi etc. Debut prin eritem local, pe care apar vezicule cu conţinut hematic. Erodarea acestora creiază ulceraţia ce se întinde în suprafaţă şi

Scanned with OKEN Scanner

mai ales în profunzime, angajînd în procesul necrotic toate ţesuturile, inclusiv osul. Infecţia supraadăugată poate genera septicopioemii, septicemii.

ESCHREICH, *fenomenul gurii*. Contractura orbicularului buzelor la un sugaci care doarme, prin percuţia buzei superioare sau a comisurei bucale. Fără semnificaţie patologică în primul an de viaţă.

EUFORIA SCLEROTICĂ, *semnul*. Descris de Nilson în scleroza în plăci. Traduce o stare de bună dispoziţie pînă la euforie, în contrast paradoxal cu starea de gravitate a maladiei.

EULENBURG, *boala*. Vezi paramiotonia congenitală, boala.

EXOFTALMIA, *examen radiologic*. Protruzia globului ocular poate fi de origine intracraniană sau orbitală. Exoftalmia, de origine intracraniană, recunoaşte obişnuit două cauze : micşorarea diametrelor orbitelor, consecinţa unui proces expansiv la nivelul pereţilor orbitei (cele trei varietăţi ale meningiomului aripii mici sfenoidale, tumori maligne, tumori de origine congenitală) sau prin blocarea circulaţiei venoase de retur la nivelul lojei cavernoase (fistulă carotidocavernoasă, tumori intra şi extracavernoase cu compresiune asupra lojii respective). În aceste cazuri examenul radiologic foloseşte metodele de rutină şi în special angiografia. Exoftalmia de origine orbitală poate fi netumorală (infecţioasă sau endocrină), sau tumorală, prin tumori orbitare propriu-zise. În aceste cazuri examenul radiologic foloseşte metode de rutină asociate cu metode de contrast, în speţă arteriografia carotidiană sau flebografia.

EXOFTALMIA PULSATILĂ, *semnul*. Vezi fistula carotidocavernoasă, sindromul.

EXOFTALMOMETRU HERTEL, *aparat*. Folosit pentru măsurarea bombării globilor oculari în diagnosticul exoftalmiilor şi enoftalmiilor.

Scanned with OKEN Scanner

F

FACIS HUTCHINSON, *semnul.* Aspect particular al capului, întîlnit în oftalmoplegii : capul răsturnat spre spate pentru a face posibilă vederea, compromisă prin ptozisul palpebral.

FACIES MIOPATIC, *semnul.* Prezent în formele de miopatie care afectează faţa. Expresia mimicii este săracă, fără riduri, puţin inteligentă, cu rîsul „à travers", ochii deschişi şi buza superioară proeminentă (buză de tapir).

FAHR, *boala.* Sinonim calcificare vasculară cerebrală idiopatică. Afecţiunea apare în tinereţe sau la vîrsta adultă, cauza determinantă rămînînd încă necunoscută. Aspectul radiologic este de „pietre intracerebrale" cu localizare la nivelul nucleilor de la bază, nucleilor dinţaţi şi roşii, cu o simptomatologie extrapiramidală (hiperkinezii, rigiditate) şi cerebeloasă (ataxie, dizartrie) lent progresivă.

FAJERSZTAJN-KRZEMICKI, *semnul.* Întîlnită în sciatică. Constă în provocarea durerii în membrul bolnav prin manevra Lasgue de partea sănătoasă.

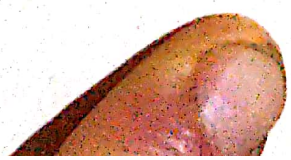
FAMILIALA, *boala.* Afecţiune care atinge simultan mai mulţi membri ai aceleeaşi familii. Ea poate fi ereditară sau dobîndită.

FAŢA DREAPTĂ, *incidenţă radiologică.* Utilă numai în studiul radiologic al stîncilor. Fiind o incidenţă de faţă a craniului, se obţine o imagine simetrică a stîncilor proiectate prin orbită.

FAŢA ÎNALTĂ, *incidenţă radiologică.* Metodă radiologică pentru studiul de faţă al craniului în ansamblu şi al orbitelor prin incidenţa P.A. înclinată.

FAURE-BEAULIEU, *semnul.* Prezent în formele clinice apropiate ale traumatismelor craniocerebrale. Constă în apariţia cefaleei la ridicarea pe vîrful picioarelor a bolnavului, determinată probabil de modificări hemodinamice.

FAZA, *e.e.g.* Relaţiile amplitudine — timp a undelor sinusoidale. În e.e.g. relaţiile în timp a diferitelor părţi a unei (unor) unde într-un singur traseu, sau a unei (unor) unde înscrise simultan pe mai multe trasee. Undele pot fi : sincrone, în



fază (deflexiunea se face în acelaşi timp şi în acelaşi sens), în opoziţie de fază (deflexiunea se face în acelaşi timp dar în sens opus), sau undele pot să nu fie sincrone (asincrone).

FEBRA Q, *boala*. Generată de rickettsia burnetti, transmisă prin căpuşă. Clinic, produce tulburări nervoase caracterizate prin nelinişte, insomnie, amorţeli, semne meningiene dominante uneori, rar manifestări extrapiramidale. Evoluţie obişnuit benignă.

FEER, *boala*. Vezi Selter, boala.

FENOMENUL INTEROSOŞILOR, *semnul*. Vezi Souques, semnul.

FÉRÉ şi VERAGUTH, *reflexul*. Vezi reflexul psihogalvanic.

FEREY, *semnul*. Sinonim semnul balconului. Aspect morfologic caracteristic al craniului, cu fruntea bombată, indicînd prezenţa unei hidrocefalii, cel mai adesea, necomunicante.

FERRARO, *maladia*. Forma adultă a leucodistrofiei familiale progresive. Debutul între 20—30 ani prin paraplegie spasmodică, rîs spasmodic şi vorbire scandată, după care se instalează progresiv fie un sindrom cerebelos manifest, fie un sindrom psihic, cu manifestări predominant afective. Atrofia optică este constantă, în final degradare mintală.

FIBRILAŢIA MUSCULARĂ, *semnul*. Contracţie independentă a unei singure fibre musculare, sau, în sens lărgit, contracţie simultană a unui mic număr de fibre musculare. Reprezintă pierderea capacităţii de acomodare a fibrei musculare, ce apare la 15—20 zile de la denervare.

FILIPOV, *semnul*. Imagine radiologică veziculară clară, cu contur precis, în jurul căreia se distinge un inel de culoare mai închisă. Este caracteristică cisticercozei cerebrale, centrul clar corespunzînd chistului iar controlul închis aerului subarachnoidian din jurul cisticercului.

FISCHGOLD-METZGER, reper radiologic. Linii de reper pe secţiuni tomografice în plan frontal, trecînd prin odontoidă, folosite în diagnosticul impresiunii bazilare : 1) linia bimastoidiană uneşte vîrfurile mastoidelor, în mod normal linia trecînd tangenţial prin vîrful odontoidei ; 2) linia digastrică între punctul de întretăiere a feţei interne a mastoidei cu baza craniului şi acelaşi punct de partea opusă. În mod normal, condilii occipitali se proiectează sub nivelul acestei linii.

FISTULA CAROTIDOCAVERNOASĂ, *sindromul*. Mai frecventă la bărbat, recunoaşte în 76% din cazuri o etiologie traumatică, în rest fiind o consecinţă a ruperii unui anevrism preexistent sau unei anomalii în loja cavernoasă. Semnele clinice, instalate imediat sau în scurt timp, excelează prin apariţia unei exoftalmii ce poate atinge 2 cm faţă de normal, pulsatilă, sincronă pulsului şi însoţită, cîteodată, de un tril perceptibil la palpare. Cefaleea sub formă de hemicranie de aceeiaşi parte, diplopia şi tulburări de vedere însoţesc obişnuit exoftalmia. Oftalmologic, congestie venoasă a retinei, cu edem papilar de intensitate variabilă. Terapia majoră este cea chirurgicală, prin ligatura carotidei primitive corespondente.

FISTULA CAROTIDOCAVERNOASĂ, *examen radiologic*. În marea majoritate a cazurilor de cauză traumatică, fistula cartotidocavernoasă rămîne exclusiv un diagnostic angiografic, singurul care poate evidenţia opacifierea precoce a sinusului cavernos şi dilatarea excesivă a reţelei venoase. Examenul angiografic are o mare importanţă pentru atitudinea terapeutică chirurgicală, care nu poate avea loc dacă filmele angiografice nu demonstrează existenţa unei circulaţii de supleanţă suficient dezvoltată.

FLAPPING TREMOR, *semnul*. Diskinezie extrapiramidală particulară, cu aspect ce sugerează bătaia aripilor unei păsări, localizată la membrele superioare

Scanned with OKEN Scanner

la nivelul segmentelor articulare ale cotului, pumnului şi articulaţiei metacarpofalangiene, cu frecvenţă neregulată de 6—9 mişcări pe secundă şi fără sincronism. Este consecinţa unei insuficienţe hepatice grave şi prevesteşte apropierea comei hepatice.

FLATAU, *semnul.* Vezi semnul nucomidriatic.

FLEBOGRAFIA ORBITALĂ, *examen radiologic.* Metodă radiografică pentru studiul cavităţiii orbitale cu mijloacele de contrast (iod). Substanţa de contrast este introdusă, după denudare, în vena angulară, de unde se distribuie în circuitul venelor orbitale superioare şi inferioare, pentru a se uni într-un trunchi comun, înainte de a se vărsa în sinusul cavernos. Rezervată pentru afecţiunile chirurgicale ale cavităţilor orbitale, este o metodă eficientă de diagnostic în malformaţiile vasculare, tumori intraorbitare secundare, procese inflamatorii difuze etc.

FLUTTER OCULAR, *semnul.* Oscilaţii ale globilor oculari ce apar în timpul fixării privirii şi la sfîrşitul ei, cu direcţie orizontală, în serie de 3—4, cu o frecvenţă de 3—10 cicli/secundă, de amplitudine aproximativ egală. Apar în contextul unor leziuni ce angajază cerebelul, tracturile cerebeloase.

FOCAR, *e.e.g.* O regiune localizată, limitată, pe care apare o activitate sau unde specifice, sau locul în care aceste unde apar cu amplitidinea cea mai mare.

FOERSTER, *semnul.* Prezent în sindromul talamic. Reprezintă hiperpatia patognomonică, adică reacţia dureroasă, extrem de penibilă şi persistentă, sub formă de arsuri întinse, greu de suportat, pe care le provoacă orice excitant senzitiv sau senzorial.

FOERSTER. O., *sindromul.* Vezi sindromul de rigiditate a bătrînului.

FOIX, *sindromul.* Vezi sindromul peretelui extern al sinusului cavernos.

FOIX, ALLAJOUANINE, *boala.* Sinonim mielita necrotică subacută, probabil de origine virală, cu localizare diseminată pe măduva inferioară şi caracterizată prin focare de necroză care generează paraplegia cu tulburări de sensibilitate, sfincteriene şi trofice.

FOIX-ALLAJOUANINE-DAUPTAIN, *sindromul.* Semnalat în sifilisul bazilar. Asociază la o hemianopsie bitemporală, crize de narcolepsie şi poliurie insipidă. Reacţiile biologice pentru sifilis sînt uneori revelatoare.

FÖLLING, *boala.* Vezi oligofrenia fenilpiruvică.

FOMULA POLARĂ, *electrologie.* Vezi legea lui Pflüger şi inversiunea formulei polare.

FORMULA LUI RIBOT. Vezi Ribot.

FÖSTER-KENNEDI, *sidromul.* Prezenţa unei tumori, cu sediul la baza lobului frontal, poate determina, prin acţiune directă asupra nervului optic respectiv, atrofia acestuia, iar prin hipertensiunea intracraniană concomitentă, edem papilar de cealaltă parte. Prezenţa acestui sindrom este semnalată şi în hipertensiunea arterială progresivă cu leziuni vasculare ale unui nerv optic, de cealaltă parte, prin creşterea tensiunii arteriale, putînd apărea edemul papilar.

FOTHERGILL, *boala.* Vezi nevralgia trigeminală.

FOURNIER, *semnul.* Vezi malul perforant al piciorului.

FOVILLE, *sindromul.* Asocierea paraliziei mişcărilor de lateralitate ale globilor oculari prin atingerea fibrelor hemioculomotorii la o hemiplegie alternă. Grasset distinge trei varietăţi : 1) varietatea pedunculară,în care toate semnele sînt încrucişate, paralizia feţei, a membrelor şi a hemioculomotorilor, bolnavul privindu-şi partea sănătoasă ; 2) varietatea protuberanţială superioară, Gubler-Weber, în care

Scanned with OKEN Scanner

atingerea feţei şi a membrelor este încrucişată, iar a hemioculomotorilor este directă, bolnavul privindu-şi partea bolnavă ; 3) varietatea protuberanţială inferioară, Millard-Gubler, în care paralizia membrelor e încrucişată, pe cînd a feţei şi a hemioculomotorilor e directă, bolnavul privindu-şi membrele paralizate. Leziunile generatoare sînt de obicei vasculare.

FRACTURI CRANIENE, *radiologie.* Din punct de vedere radiologic, traumatizaţii cranieni sînt consideraţi ca traumatizaţi acuţi (adesea comatoşi, agitaţi, confuzionali sau şocaţi) şi purtători de sekele tardive (importanţă medicolegală). Examenul radiologic al traumatizaţilor acuţi precizează, atunci cînd urgenţa e posibilă, leziuni osoase, iradierea lor, gradul de înfundare, prezenţa corpilor străini şi a aerului în cavităţile intracraniene, fistulele de scurgere ale l.c.r., hematoame intracraniene, căutînd cu atenţie atît semnele directe cît şi cele indirecte. Sechelele tardive pun probleme dificile, radiologului revenindu-i sarcina de a stabili precis, corect şi complet tot inventarul leziunilor. În acest sens, vor fi folosite incidenţele de rutină pentru orientare, incidenţele speciale şi regionale, incidenţele tangenţiale şi tomografii, special indicate în descoperirea fistulelor de scurgere a l.c.r. şi pentru examinarea unor regiuni greu de cercetat. Examenul cu mijloace de contrast are o deosebită valoare în punerea în lumină a unor procese patologice cu evoluţie îndelungată. Radiologul trebuie să stabilească întinderea şi gravitatea fracturilor, precum şi vîrsta lor, lucru deosebit de dificil de vreme ce nu există o corelaţie între întinderea şi mărimea unei fracturi şi gravitatea ei. De asemenea, se ştie că fracturile bolţii craniene nu respectă regulile celorlalte oase ale scheletului, calusul apărînd rar şi de minimă importanţă, iar liniile de fractură persistînd ca atare ani de zile fără a-şi putea mărturisi vîrsta. Traumatismele craniene şi rahisul cerebral angajează rapoarte de ansamblu ce trebuie avute în vedere. Este cunoscut faptul că unele malformaţii congenitale ale şarnierei, bine suportate şi de cele mai multe ori necunoscute înainte de traumatism, pot fi actualizate de accident. Cercetarea radiologică a rahisului cervical intră în obligaţiile de investigaţii.

FRADIS-PETROVICI, *sindromul.* Vezi sindromul asfigmopiramidal.

FRANÇOIS şi PIERARD, *sindromul.* Sinonim sindromul discefalic al lui F.P. Descris în anul 1958, probabil ereditar, cu cazuri familiale semnalate, consanguinitatea părinţilor fiind uneori în cauză. Sindromul asociază următoarele caractere : scafo sau brahicefalie cu atrofie mandibulară şi nas subţire, talie mică, hipotricoză cu plăji alopecice pe regiunile păroase şi cu păr deschis colorat, atrofia pielii, în special în regiunea feţei şi a nasului, microftalmie bilaterală cu strabism şi nistagmus posibil, precum şi cataractă congenitală. Nu s-au semnalat tulburări mintale sau alte semne neurologice.

FRANKL-HOCHWART, *sindromul.* Vezi polinevrita cerebrală menieriformă.

FRECVENŢA, *e.e.g.* Numărul de cicluri (cicli) complete ale unui ritm într-o secundă. Se notează cu c/s sau cps.

FRENALGIA, *sindromul.* Nevralgia nervului frenic, în a cărui constituţie intră şi componente senzitive .Este generată, obişnuit, de pleurite diafragmatice inflamaţii ale pleurei mediastinale, sau de prezenţa unui pneumotorax şi se manifestă clinic prin dureri toracice cu iradiere în umărul homolateral. Presiunea freniculuì pe scalenul anterior este dureroasă.

FREUD, *boala.* Diplegie cerebrală infantilă, asimilabilă sindromului Little, însă cu caracter familial.

FRIEDREICH, *maladia.* Face parte din grupa eredodegenerescenţelor spinocerebeloase. Maladie familială cu caracter ereditar obişnuit dominant. Apare în

a doua copilărie, pubertate sau adolescenţă, cu ataxie statică, areflexie tendinoasă, progresivă, vorbire scandată, nistagmus şi tulburări trofice, sub formă de picior scobit caracteristic şi cifoscolioză.

FRIEDMANN, *sindromul.* Consecinţa traumatismului craniocerebral. Determinat de contuzia cerebrală, după care se instalează semnele unei encefalite traumatice cu fenomene vasomotorii bogate, senzaţia penibilă de cap plin, durere de cap persistentă, ameţeli ce însoţesc chiar eforturile minore, instabilitate afectivă cu irascibilitate nemotivată, astenie pronunţată şi tulburări de memorie .

FROMENT, *semnul.* Prezent în paralizia nervului sciatic popliteu extern. Constă în dispariţia jocului şi reliefurilor tendoanelor muşchilor gambieri anteriori, lung peronier lateral şi extensori ai degetelor în poziţia verticală.

FUCHS, *boala.* Formă rară de miopatie cu localizare oculară, familială şi ereditară, cu caracter de transmisie dominantă. Dezmembrarea ei din cadrul atrofiilor nucleare s-a făcut în ultimul timp prin demonstrarea paraclinică a originii sale miogene.

FUGA EPILEPTICĂ, *sindromul.* Formă clinică a epilepsiei temporale. În timpul crizei, a cărei durată variază de la cîteva secunde la cîteva ore, bolnavul rătăceşte prin locuri, de care ulterior nu-şi aminteşte.

FUNICULITA, *sindromul.* Suferinţa rădăcinilor nervoase în porţiunea lor extrameningee, în special la nivelul găurilor de conjugare, determinată, obişnuit, de cauze osoase ca : morbul lui Pott, cancerul vertebral, traumatismul rahidian, reumatismul vertebral, maladia discală, osteofitoza etc. Simptomatologie preponderent algică, cu dureri proiectate, dureri la presiune vertebrală sau la manevre de mobilizare ale rahisului, cu poziţii antalgice şi contractura musculaturii paravertebrale. În l.c.r. lipseşte reacţia citologică. Există o uşoară creştere a albuminorahiei.

FUS, *e.e.g.* Grup de unde de acelaşi fel, a căror amplitudine creşte sau scade progresiv.

Scanned with OKEN Scanner

G

GALACTOZEMIA, *sindromul.* Afecţiune eredofamilială, cu ereditate recesivă autozomală, caracterizată printr-o tulburare congenitală de metabolism, constînd într-un viciu de conversiune a galactozei în glucoză prin deficitul sistemului enzimatic corespondent (galactoza-1-fosfat aridil transferază). Acumularea galactozei determină apariţia clinică precoce a triadei : întîrziere mintală, hepatosplenomegalie şi cataractă.

GAMAENCEFALOGRAFIA. Metodă bazată pe diferita fixare în diferitele formaţiuni cerebrale, normale sau patologice, a unui izotop radioactiv, injectat subiectului, a cărui prezenţă şi cantitate este, apoi, apreciată prin înregistrarea cu un contor de scintilaţie sau contor Geiger-Müller.

GAMSTORP, *boala.* Sinonim adinamia episodică ereditară. Face parte din paraliziile cu discaliemie. Familială, cu ereditate dominant autozomală. Debutează în copilărie cu accese scurte de paralizie flască a musculaturii corpului, în cursul cărora se determină o hiperkaliemie evidentă. Vindecarea, de regulă, la vîrsta adultă.

GANDY, *sindromul.* Sinonim infantilism tardiv. Apare la bărbat, în jurul vîrstei de 30 ani, după o maladie infecţioasă sau traumatism testicular. Este reversibil sau regresiv. Se caracterizează prin diminuarea progresivă a sistemului pilos, atrofia organelor genitale, feminizarea apreciabilă a formelor şi a vocii, slăbiciune intelectuală.

GANGLION GENICULAT, *sindromul.* Întîlnit obişnuit în cadrul evoluţiei zonei zoster. Nevralgie otică, tulburări de gust în jumătatea anterioară a limbii (angajarea coardei timpanului), tulburări ale secreţiei lacrimilor (diminuare), tulburări obiective ale sensibilităţii şi erupţie zosteriformă în zona lui Ramsey Hunt, conductul auditiv extern şi o parte din pavilion, sînt manifestările cele mai obişnuite ale acestui sindrom. Uneori se înregistrează concomitenţa unei paralizii faciale periferice.

GANS, DEMENŢA, *boala.* Formă a bolii lui Pick, limitată la lobul frontal.

Scanned with OKEN Scanner

Debutul cu modificări ale afectivităţii, cu stări alternative depresive şi tulburări agresive, apoi prăbuşire intelectuală gravă, inerţie, apatie, reducere considerabilă a limbajului şi a activităţii gestuale.

GARCIN, *sindromul.* Vezi sindromul paralitic unilateral global.

GARGOILISM, *boala.* Sinonim maladia lui Hurler-Pfaundler. Tezaurismoză a ţesutului conjunctiv, lipocondrodistrofie dismetabolică cu transmitere ereditară recesivă sau legată de sex. Grave tulburări de creştere, deformări scheletice, cu morfofizionomie grotescă, tulburări ale corneei, hepatosplenomegalie şi debilitate mintală avansată.

GASPARINI, sindromul. Semnalat în leziuni inflamatorii, vasculare sau compresive ale tegmentului punţii cu realizarea clinică a unui sindrom altern particular care constă în atingerea de partea leziunii a nervilor cranieni V, VI, VII şi VIII iar de partea opusă tulburări de sensibilitate ale extremităţilor.

GATISMUL, *sindromul.* Tulburare temporară sau permanentă de control asupra sfincterelor, generată de un deficit în vigilenţa centrilor encefalici superiori. Apare în cadrul unor afecţiuni vasculare cerebrale sau meningee, care justifică dereglarea printr-un deficit intelectual, cel mai adesea definitiv.

GAUCHER, *boala.* Tezaurismoză fosfolipidică cu caracter obişnuit familial, cu ereditate autozomală recesivă. Acumulare intensă de galactozide (kerazină) în celulele sistemului reticuloendotelial din ficat, splină, ganglionii limfatici, substanţa medulară osoasă, în final şi în sistemul osos unde se semnalează prezenţa celulelor lui Gucher, histiocite umflate, conţnînd kerazina. Debut în primele luni după naştere, evidenţiindu-se prin tulburări gastrointestinale progresive, întîrziere în dezvoltarea fizică şi psihică. Succesiv pareză hipotonică apoi hipertonică, contracturi tonice şi convulsii, evoluţie progresivă cu sfîrşit letal în 1—2 ani.

GAURA OCCIPITALĂ, *examen radiologic.* Se folosesc incidenţele examenului de rutină : incidenţa laterală, incidenţa axială (gaura occipitală în întregime), incidenţa semiaxială. Cele mai fidele imagini se obţin pe secţiunile tomografice în plan sagital şi frontal.

GAYET-WERNICKE, *boala.* Vezi polioencefalita superioară acută hemoragică.

GELINEAU, *sindromul.* Exprimat printr-o narcocataplexie, obişnuit ambele componente survenind simultan, sau, rareori, narcolepsia alternînd cu cataplexia în aceese izolate în cursul aceleiaşi zile. Senzaţia irezistibilă de somn se înteţeşte de pierderea tonusului muscular şi a mişcărilor voluntare cu cădere şi somn profund cu o durată de 5—15 minute, după care totul intră în normal. Etiologie necunoscută. Mecanismul pare a fi o inhibiţie subită a funcţiilor vigile reticulate.

GELLÉ, *sindromul.* Sindrom protuberanţial altern caracterizat prin tulburări de audiţie directe asociate adesea cu o paralizie facială şi hemipareză încrucişate. Etiologia vasculară obişnuită, mai rar tumorală.

GELOPLEGIA. Acces de rîs forţat. Examenul electroencefalografic dovedeşte geloplegia ca expresie clinică a epilepsiei temporale. A fost semnalată şi în formele finale ale leuconevraxitei subacute (van Bogaert).

GENOPATIA. Termen rezervat anomaliilor preexistente momentului fecundării şi transmise prin hereditate.

GÉRARD-MARCHAND, *semnul.* Triadă de semne care însoţesc hematomul extradural consecutiv unui traumatism cranian : echimoză temporoparietală putîndu-se întinde pînă la zona mastoidiană, edem difuz al aceleaşi zone şi durere la

Scanned with OKEN Scanner

palparea acestei regiuni, de o violenţă rară, capabilă să smulgă pacientul din starea de torpoare în care se adîncise.

GERHARDT, *semnul.* Suflu generat de prezenţa unui anevrism al arterelor vertebrale sau al bazilarei, perceput prin ascultaţia părţii posterioare a craniului.

GERHARDT, *sindromul.* Vezi paralizia dilatatorilor laringelui.

GERIATRIA. Disciplină a medicinii interne care studiază maladiile bătrînului.

GERODERMIE, *semnul.* Aspect îmbătrînit al pielii şi al dependenţelor ei : piele uscată, ridată, atonă, căderea părului, a sprîncenelor, unghii friabile. Prezentă în anumite sindrome neuroendocrine (Gilfort-Rumo-Ferranini, Sterming etc.).

GERONTOLOGIA. Disciplină care se ocupă cu studiul stărilor normale şi patologice ale omului vîrstnic.

GERTSMANN, *sindromul.* Determinat de leziuni ale lobului parietal stîng. Cuprinde : agnozia digitală, ca element constant, autotopoagnozia, incapacitatea de a distinge stînga-dreapta, agrafie, acalculie. Rolul determinant în realizarea acestui sindrom îl au tulburările somatognozice.

GIBBS, *boala.* Vezi hypsaritmia.

GIERKE, *boala.* Tezaurismoză a glicocenului de preferinţă în celulele motorii ale coarnelor anterioare şi în celulele muşchilor cu determinarea unei leucodistrofii moderate şi glioscleroză difuză. Clinic, o atrofie musculară de tip Werdnig-Hoffmann ce sfîrşeşte prin fenomene bulbare încă la vîrsta sugarului.

GIGANTISMUL, *sindromul.* Realizat în special de o disfuncţie glandulară a lobului anterior hipofizar cu exces de secreţie a hormonului de creştere. Foarte frecvent în cauză adenomul oxifil (acidofil). Se manifestă printr-o dezvoltare excesivă în înălţime, care poate depăşi 2 m. Semnele radiologice cu şaua turcească mărită în sens vertical, împreună cu semnele clinice, cefaleea şi hemianopsia bitemporală, completează scena manifestărilor acestui sindrom.

GILLES DE LA TOURETTE, *boala.* Vezi maladia ticurilor.

GLICORAHIA, *laborator.* Conţinutul normal în glucoză al l.c.r. la 100 ml este de 50—80 mg şi se pune în evidenţă prin diverse metode printre care cele mai curente sînt metoda Hagedorn-Jensen sau Folin-Wu etc. Se semnalează o hiperglicorahie fără participarea structurilor nervoase în boli ca diabet, icter, infecţii generale cu stări febrile, rujeola şi febra tifoidă, ca şi într-o serie de afecţiuni nervoase, ca tumorile cerebrale, boli ale măduvei spinării, hemoragii cerebromeningeene, stări congestive şi după emoţii puternice. Hipoglicorahia a fost semnalată în meningite cu meningococ sau de etiologii diverse, meningita tuberculoasă, sifilisul sistemului nervos etc.

GLIOBLASTOMUL, *tumora.* Formă gravă de tumoră cerebrală frecventă la adult. Tipul multiform ca şi cel heteromorf, este format din celule alungite adesea în mitoză. Conturul tumoral este neregulat, cu tendinţă inflitrativă, în masa neoplazică existînd zone necrotice şi hemoragice, care justifică debutul clinic, adesea apoplectiform, cu ictus. Dezvoltarea într-un lob emisferic se face lent şi progresiv, cu angajarea simptomatologiei locale. Glioblastomul multiform are o evoluţie extrem de rapidă, de la cîteva luni la cîteva săptămîni, acompaniindu-se uneori de febră şi reacţie lichidiană, ce creează adesea confuzie în diagnostic. Aportul arteriografiei intracraniene este nepreţuit, înjectînd şi evidenţiind reţeaua vaselor de neoformaţie atît de bogată în acest tip de tumori. Examenul e.e.g. arată semne nete de suferinţă în focar. Intervenţia chirurgicală nu poate face exereza întregii tumori, recidivile fiind regula, cu

Scanned with OKEN Scanner

exitus pînă la 1—2 ani. Cobaltoterapia şi chimioterapia antineoplazică pot aduce uneori întîrzieri evolotive.

GLIOMUL, *tumora.* Tumoră de consistenţă moale, constituită din elemente nevroglice în toate stadiile de dezvoltare, localizată preferenţial la nivelul sistemului nervos central, în speţă emisferele cerebrale şi cerebeloase, la nivelul retinei, mai rar la nivelul nervilor periferici. Face parte din categoria tumorilor maligne, are o evoluţie rapidă, greu extirpabile şi recidivante.

GLIOMATOZA DIFUZĂ A TRUNCHIULUI CEREBRAL, *tumora.* Tip particular anatomo-clinic de tumoră a trunchiului cerebral, caracterizat prin extinderea în înălţime la mai multe etaje ale liniei mediane, prin absenţa obişnuită a hipertensiunii intracraniene şi prin evoluţia rapidă, semănînd cu aceea a unei maladii infecţioase. Anatomopatologic este o infiltrare mai mult sau mai puţin întinsă, fără limite nete, fără origine precisă, cu caracter citologic benign, cu aspect de hipertrofie interstiţială, fără necroze sau distrugeri deosebite ale elementelor nobile invadate. Clinic, debutul este insidios, fără cronologie în apariţia manifestărilor, cu predominanţa semnelor de focar, cordonale, piramidale, obişnuit bilaterale, şi senzitive, de mare importanţă afectînd uneori tipul disociativ siringomielic, semne cerebeloase, paralizii ale motilităţii oculare, uneori Parinaud şi semne de atingere a diferitelor perechi craniere, V, VI, şi VIII, tardiv apărînd şi tulburări de deglutiţie şi fonaţie.

GLIOMATOZA NEUROPERINERVOASĂ A NERVULUI OPTIC, *boala.* Sinonim boala lui Oberling-Nordmann. Formă a maladiei lui Recklinghausen localizată la chiasmă şi nervii optici.

GLOMUS JUGULAR, TUMORI, *examen radiologic.* Dezvoltîndu-se în porţiunea bazală a temporalului şi distrugînd urechea mijlocie, membrana timpanică şi uneori peretele posterior al conductului auditiv intern, studiul lor neuroradiologic se face prin metode de explorare ale mastoidei, gaura ruptă posterioară (incidenţa Hirtz, Vertex placă) şi stînca temporalului.

GLOSALGIA. Durere localizată la nivelul limbii, cu caracter global sau dimidiat, cu senzaţia penibilă de macroglosie, de intensitate şi durată variabilă generatoare de o simptomatologie locală, de o rezonanţă vagală crescută sau de iritaţii ale mucoasei, legată de procese dentare patologice, coroane, proteze etc.

GLOSODINIA. Vezi glosalgia.

GLOSOPTOZA. Căderea limbii înapoi cu obstrucţia faringelui bucal, obişnuit prin retragerea maxilarului inferior (retrognaţie). Compresiunea lateroposterioară a căilor aerodigestive interesează pachetul vasculonervos cu repercusiuni în sănătatea generală şi în special a randamentului intelectual la copii.

GLOSSY-SKIN. Tulburare trofică severă întîlnită în afecţiuni nervoase periferice, polinevrite şi nevrite traumatice, caracterizată prin aspectul uscat, lucios şi lipsit de pliuri ale tegumentelor.

GODTFREDSEN, *sindromul.* Semnalat în cursul tumorilor metastatice ale rinofaringelui, se caracterizează prin apariţia progresivă de paralizii ale nervilor cranieni, privind în special nervii oculomotorii, trigemenul, glosofaringianul şi hipoglosul.

GOLDFLAM-BRAGARD, *semnul.* Variantă a semnului lui Lasegue în sciatică. La flexiunea cu genunchiul întins a membrului inferior se adaugă flexiunea dorsală a plantei, manevră ce exagerează elongaţia sciaticului şi determină durerea.

GOMA CEREBRALĂ, *boala.* Masă circumscrisă de ţesut granulomatos generată de o inflamaţie sifilitică, localizată obişnuită la nivelul meningelui moale, de unde invadează parenchimul cerebral, ma-

Scanned with OKEN Scanner

nifestîndu-se clinic ca o leziune înlocuitoare de spaţiu, cu semne de hipertensiune intracraniană (cefalee, varsături, stază papilară) şi focale, cu convulsii, tulburări psihice etc. Diagnosticul, uneori posibil prin reacţii pozitive în l.c.r., primeşte caşeta de certitudine numai prin biopsie.

GONDA, *semnul.* Semn de iritaţie a fasciculului piramidal. Constă în extensia primelor trei degete ale piciorului determinată de flexiunea celui de al patrulea deget. Normal manevra nu determină niciun răspuns.

GORDON, *reflexul.* Semnalat în coreea acută. Este reprezentat prin persistenţa timp de cîteva secunde a extensiei gambei după provocarea reflexului rotulian.

GORDON, *semnul.* Semn de iritare piramidală. Constă în extensia halucelului determinată de presiunea muşchilor gambei respective.

GORDON-HOLMES, *fenomenul.* Descris la răniţii frontali. Constă în abolirea sau întîrzierea mişcării de lateralitate a ochilor cînd pacientul este invitat să privească spre partea opusă rănirii.

GORDON-HOLMES, *sindromul.* Semnalat în leziunile regiunii angulare şi supramarginale frecvent bilaterale determinate de leziuni vasculare.

GOWERS, *boala.* Formă rară de miopatie cu debut tardiv în jurul vîrstei de 40 ani şi cu caracter genetic de transmisie dominantă. Afecţiunea cu evoluţie extensivă prinde iniţial muşchii extremităţilor membrelor inferioare.

GRADENIGO, *sindromul.* Asocierea unei paralizii de motor ocular extern cu manifestări ale trigemenului homolateral. Sindromul este determinat de empiem al vîrfului stîncii secundar unei supuraţii a urechii mijlocii (semne de hipoacuzie), tumori ale stîncii, abcese epidurale localizate cu sau fără meningită sau tromboflebită a sinusului sigmoidian, etc.

GRAEFE *(von), boala.* Sinonim pseudoglaucom. Atrofie optică determinată de arterioscleroza cu calcificarea vaselor bazilare, în special a carotidelor interne în imediata vecinătate a feţei laterale a şelei turceşti. Se caracterizează prin escavaţia papilară asemănătoare glaucomului cronic, neînsoţită însă de creşterea tensiunii intraoculare, şi de strîmtoarea cîmpului vizual. Radiografia craniului, în special arteriografia, confirmă diagnosticul.

GRAEFE *(de), semnul.* Poziţia în retragere a pleoapei superioare cu prilejul privirii în sus.

GRANULOM EOZINOFIL. Forma frecventă şi benignă a reticuloendoteliozei lipidice. Considerat ca o formă monotipică a bolii Hand-Schüller Cristian. Apare în copilărie preferenţial la sexul masculin. Se caracterizează prin apariţia unor imagini radiologice în cocardă cu limite nete, uneori cu reacţie osteoplastică reparatorie, localizată la oasele plate, îndeosebi craniul.

GRASPING, *reflex.* Denumire anglo-saxonă de uz curent. Sinonim reflexul de apucare forţată. Reprezintă o tulburare tonică asemănătoare fenomenelor expresiv extrapiramidale, generată de o leziune prefrontală, în speţă a ariei a 6-a. Constă în determinarea unei mişcări de apucare involuntară de către bolnav a oricărui obiect care atinge faţa palmară a mîinii şi degetelor. Controlateral leziunii care-l generează, el reprezintă reapariţia reflexului bulbospinal de apucare prezent la sugar pînă la vîrsta de 5 luni, vîrstă după care în mod normal, controlul cortical prin calea fronto-rubro-spinală îl suprimă.

GRASSET-BYSCHOWSKI-GAUSSEL, *semnul.* Fac parte din gama micilor semne de diagnostic ale hemiplegiei. Dacă bolnavul în decubit poate ridica deasupra patului fiecare membru inferior izolat, perceptibil fără modificări, la recomandarea de a le ridica în acelaşi timp

Scanned with OKEN Scanner

pe amîndouă, membrul de partea bolnavă rămîne în urmă.

GREGG-SWAN, *sindromul.* Sinonim psihoembriopatia rubeolică. Constă dintr-un complex de anomalii congenitale întîlnit la copii proveniţi din mame care au contractat rubeola în primele luni ale sarcinii. Pe lîngă prezenţa unor malformaţii ca persistenţa canalului Botall, defecte ale dentiţiei, cataractă, microftalmie etc., se semnalează malformaţii craniocerebrale, micro sau hidrocefalie, tulburări de desvoltare neuropsihică, encefalopatii, agenezia caloasă etc.

GRENET, *sindromul.* Sindrom protuberanţial caracterizat prin prezenţa unei hemianestezii facile homolaterale şi a unei termoanalgezii controlaterale, la care pot participa tulburări ataxice şi tremurături intenţionale ipsilaterale, leziunea, obişnuit vasculară, angajînd pedunculul cerebelos superior înainte de încrucişare.

GRIESINGER, semnul. Descris în tromboza sinusului lateral cu punct de plecare de la infecţiile mastoidiene. Constă în determinarea unei dureri foarte intense prin presiunea deasupra şi înapoia marginii posterioare a mastoidei, într-un punct limitat, corespunzător emergenţei venei emisare mastoidiene.

GRIESINGER, *semnul.* Întîlnit în hematoamele intracraniene posttraumatice. Constă în prezenţa unei midriaze homolaterale, asociată la o hemiplegie controlaterală.

GRIGORESCU, *manevra.* Probă segmentară de ataxie cerebeloasă, denumită şi proba sticlei. Constă în recomandarea făcută bolnavului de a introduce degetul pe gîtul unei sticle. Proba e considerată pozitivă cînd bolnavul nu reuşeşte din prima mişcare să nimerească gîtul sticlei.

GRIGORESCU, *semnul.* Semn cercetat în afecţiunile piramidale. Este o manevră echivalentă semnului lui Babinski. Produce extensia halucelui prin flexiunea plantară bruscă a celorlalte patru degete.

GRISEL, *boala.* Semnalată în special la fetiţe între 6—10 ani. Constă în prezenţa unui torticolis dureros, unilateral, consecinţă a contracturii inflamatorii a muşchilor prevertebrali, determinată de un proces inflamator unilateral al articulaţiei atlantoaxiale.

GROSSMANN, *semnul.* Variantă a semnului lui Babinski. Constă în determinarea extensiei lente a halucelui prin compresiunea degetului al V-lea.

GRUNER-BERTOLOTTI, *sindromul.* Expresia clinică a unui sindrom Weber îmbogăţit la maximum. Constă în asocierea la un sindrom Weber a unui sindrom Parinaud (paralizie conjugată de verticalitate prin leziunea nucleului median al lui Darkschewitch), a unei hemianestezii încrucişate cu prinderea în cadrul leziunii a cordoanelor sensibilităţii şi a tulburărilor cerebeloase încrucişate sau omolaterale în funcţie de lezarea căilor cerebeloase deasupra sau dedesuptul comisurii lui Werneking.

GUBLER-WEBER, *sindromul.* Sindrom protuberanţail superior de tip Foville caracterizat prin paralizia încrucişată a feţei şi membrelor la care se asociază paralizia directă a hemioculomotorilor aşa încît bolnavul îşi priveşte membrele paralizate. Obişnuit natura sindromului este vasculară.

GUILLAIN-BARRÉ, *sindromul.* Vezi poliradiculita spinală.

GUILLAIN-LAROCHE, *reacţia.* Vezi reacţia benzoecoloidală.

GUILLAIN-DE-SÉZE-BLONDIN-WALTER, *sindromul.* Clinic, paralizia profesională a nervului peronier, întîlnit în profesiunile care implică menţinerea îndelungată a corpului în poziţia aplecată pe vine sau picior peste picior, agricultori, vînzători de încălţăminte, manechine etc.

Scanned with OKEN Scanner

GUILLAIN-THAON, *sindromul.* Formă anatomoclinică de sifilis nervos în care coexistă laolaltă semnele tabesului, ale mielitei şi ale paraliziei generale, prin leziuni concomitente meningoradiculomieloencefalitice. Clinic se evidenţiază prin semne de ataxie spinală tetrapareză, tremurături cerebeloase şi tulburări psihice din seria paraliziei generale.

GUNN, *sindromul.* Sinergie funcţională congenitală, curioasă şi paradoxală, constînd în concomitenţa coborîrii maxilarului inferior şi a ridicării pleoapelor.

GÜNTHER, *boala.* Vezi porfiria congenitală.

Scanned with OKEN Scanner

H

HALLERVORDEN-SPATZ, *boala*. Afecţiune familială a celei de a doua copilării, determinată de degenerescenţa progresivă a palidului şi a porţiunii reticulate a substanţei negre. Debutul apare insidios, cu tulburări de mers cu tendinţă spasmodică şi cu aspect digitigrad, progresivă contractură a membrelor inferioare cu rigiditate totală în final, tremurături, atetoză, prăbuşire psihică, şi spasme dramatice ale musculaturii respiratorii. Evoluţie lentă în 8—15 ani fără manifestări piramidale.

HALUCINAŢIA OLFACTIVĂ. Constă în paroxisme de senzaţie olfactivă, de obicei dezagreabilă, cu acelaşi caracter iterativ. Semn de mare valoare localizatoare, fie că apare izolat, fie că reprezintă aura epileptică în crizele uncinate.

HALUCINAŢIILE OCCIPITALE. Apar în alterările zonei cortico-vizuale. Întîlnite în cecitatea corticală şi în anumite hemianopsii. În acest din urmă caz au sediul în cîmpul orb. Traduc nu numai excitarea retinei corticale, ci mai ales alterarea funcţiei creierului, lipsit de receptorii săi vizuali. Conţinutul lor este în funcţie de personalitatea bolnavului.

HALUCINOZA PEDUNCULARĂ. Simptom descris de Lhermitte în leziunile pedunculare, constînd în derularea unor imagini vizuale cu caracter panoramic, mobile şi viu colorate, ce apar la căderea nopţii, la care bolnavul participă ca spectator, fără delir şi modificări afective. Determinat după Lhermitte de disociaţia funcţiilor hipnice, iar după Morsier prin leziuni ale căilor optice retrogeniculate la nivelul pedunculului (apariţia hemiopică a simptomului).

HAND-SCHÜLLER-CRISTIAN, *boala*. Encefalopatie prin tulburări de metabolism, cu acumulare excesivă de lipide în sistemul reticuloendotelial. Tesaurisarea intracelulară este formată din compuşi colesterolici. Boală a copilăriei şi adolescenţei, ce survine în special la sexul masculin. Localizarea preferenţială la oasele spongioase, la craniu, unde necrozele osoase, cu limite nete, descriu desene policiclice în hartă geografică. Extinderea infiltratului patologic poate determina exolftal-

mii, diabet insipid, surditate, uneori un adevărat sindrom de hipertensiune intracraniană. Cutanat, se remarcă uneori un xantom diseminat preexistent.

HANZALOW, *semnul.* Intră în seria micilor semne ale hemiplegiei. Constă în evidenţierea flexiunii palmare a degetelor mîinii afectate în timpul manevrei de întinderea înainte a braţelor cu ochii închişi.

HAPHALGEZIA, *semnul.* Termenul este luat din limba greacă (durere la atingere). Descris de Pitres în isterie, se caracterizează printr-o parestezie penibilă, uneori cu senzaţia dureroasă intensă, prin simpla aplicare pe piele a anumitor substanţe, care nu provoacă normal decît senzaţia banală de contact.

HARADA, *boala.* Uveomeningită de origine virală. Descrisă de Harada în Japonia (1923). Evoluţia clinică în trei stadii : debut cu semne generale şi neurologice (cefalee, uneori coma, hemiplegie, convulsii), la care se adaugă semnele oculare ale uveitei, perioada de stare cu febră şi semnele generale persistente, adesea hiperacuzie sau surditate, în final stadiul de reparare cu amendarea semnelor clinice.

HARTNUP, *boala.* Afecţiune metabolică familială, cu caracter ereditar recesiv descrisă de Baron (1956) şi numită astfel după familia afectată. Pare a fi datorată unei tulburări enzimatice, în stadiile superioare de degradare ale triptofanului, aminoacid ciclic cu nucleu indolic. Se ştie că, una din căile de sinteză ale acidului nicotinic în organism este linia acid antraciclic-indol-triptofan. Această tulburare, prin lipsa amidei acidului nicotinic, eliberează metaboliţi patologici responsabili de manifestările clinice. Afecţiunea, din punct de vedere neurologic, prezintă un frust sindrom piramidal şi extrapiramidal, la care se adaugă o ataxie cerebeloasă trecătoare şi exacerbări psihice, uneori foarte accentuate. Simptomatologia cutanată concomitentă, o fotodermatoză similară pelagrei, încearcă uneori aspectul cutanat din porfiria variegata. Biologic, se observă o excesivă aminoaciduric cu eliminări crescute de indican, acid indolic şi indolacetat de glutamină.

HEAD-HOLMES, *semnul.* Semnalat în sindromul talamic. Constă dintr-o reacţie dureroasă, penibilă, de partea bolnavă ca răspuns la excitanţi variabili şi inofensivi în condiţii normale, ca : atingerea cutanată, contactul cu apa rece, senzaţii olfactive neplăcute, senzaţii luminoase neaşteptate, stări emotive etc.

HEAD-RIDDOCH, *sindromul.* Apare în secţiunile totale de măduvă şi însumează automatismele medulare cu tripla retracţie, emisiunea reflexă a urinii şi transpiraţia sub sediul leziunii.

HEAUTOSCOPIA, *semnul.* Traduce o tulburare a imaginii corporale, semnalată în unele stări infecţioase, toxice sau vasculare. Fenomenul este favorizat de stări de slăbire a vigilenţei (trezirea din somn etc.). Constă în proiectarea spaţială anormală a propriei imagini corporale a bolnavului.

HEAUTOSCOPIA NEGATIVĂ, *semnul.* Fenomenul, descris de Lhermite, apare în faza favorabilă ce precede adormirea şi constă din dispariţia imaginei subiectului plasat în faţa unei oglinzi.

HEERFORDT, *sindromul.* Sinonim febra uveoparotidiană, nume sub care a fost descrisă de Heerfordt (1909). Se caracterizează clinic prin uveită cronică, seroasă, parotidită bilaterală, febră moderată şi prelungită, cu alterarea stării generale. Se adaugă manifestări cutanate, mucoase, pulmonare, osoase, glandulare şi neurologice. De curînd este considerată ca o formă cefalică a maladiei Besnier-Boeck-Schaumann.

HEFIDROZA, *semnul.* Sinonim hiperhidroza localizată. Semnalată în afecţiuni ale simpaticului cervical, asociată la feno-

Scanned with OKEN Scanner

menele oculopupilare şi vasomotorii ale sindromului Claude Bernard-Horner, în plăgile şi tumorile medulare, în mielitele acute, poliomielita acută, siringomielia şi nevrite.

HEIDENHAIM, *boala.* În cadrul encefalopatiilor subacute ale preseniului, boala lui Heidenhaim reprezintă forma occipitală a sindromului lui Creutzfeldt-Jakob. Etiologia este necunoscută. Patogenia metabolică, prin reducerea oxidaţiilor celulare, datorită unui blocaj enzimatic, pare probabilă. Clinic prezintă tulburări vizuale (halucinaţii vizuale, cecitate corticală), stare demenţială progresivă şi tulburări motorii (hiperkinezii coreoatetozice, hipertonie, semne piramidale). Anatomopatologic se semnalează astrogliozâ, spongioză cu pierderi neuronale, cu sediul preferenţial pe scoarţa occipitală şi nucleii striaţi.

HEILBRONNER, *semnul.* Sinonim semnul coapsei largi. Prezent în hemiplegia flască, el corespunde hipotoniei musculare. Diametrul transversal al coapsei este mărit în timp ce diametrul anteroposterior scade în dimensiune.

HEINE-MEDIN, *boala.* Vezi poliomielita anterioară acută.

HELLER-BRANDBERGER-STOLNICOV, *metodă de laborator.* Vezi albuminorachia.

HEMANGIECTAZIA HIPERTROFICĂ, *maladia.* Vezi Klippel-Trenaunay, maladia.

HEMATOMIELIA CONULUI TERMINAL, *sindromul.* Localizată la acest nivel, hematomielia, obişnuit traumatică, are un aspect clinic special. Motilitatea şi sensibilitatea membrelor inferioare sînt intacte. Se notează o hiperestezie sau anestezie în „şa" o paralizie vezicorectală şi tulburări genitale importante.

HEMATOMIELIA PRIMITIVĂ, *sindromul.* Descrisă de Olivier d'Angers, corespunde dezvoltării unui focar hemoragic în sînul măduvei spinării. Forma primitivă este consecinţa unor traumatisme directe sau indirecte asupra canalului vertebral. Hemoragia poate fi în focar unic sau în pete mici hemoragice, pe întinsul cel mult a două segmente medulare, obişnuit în regiunea cervicală. În cazurile recuperate, dispariţia treptată a factorului compresiv asupra cordoanelor albe exercitat de către edemul perifocal, permite revenirea unei anumite motricităţi. În perioada de stare, sekelele îmbracă aspectul clinic al siringomieliei, ca un sindrom lezional exprimat prin amiotrofia mielopatică a muşchilor membrelor superioare, abolirea reflexelor osteotendinoase, tulburări de sensibilitate termoalgezice disociative, tulburări trofice şi un sindrom sublezional cu paraplegie spasmodică, tulburări sfincteriene şi genitale.

HEMATOMIELITA SECUNDARĂ. Foarte rară. Este complementul grav al unor maladii infecţioase ca variola, varicela hemoragică, meningomielite. Expresia clinică similară hematomieliei primitive.

HEMATOMUL CEREBRAL SPONTAN. Sinonim hematom intraparenchimatos. Este o colecţie de sînge limitată, cu sediul în parenchimul cerebral, obişnuit mai superficial decît profund, determinată deseori de malformaţiuni vasculare preexistente. Apare în special la tineri, cu prodrome din care nu lipsesc cefaleea şi ameţelile. Debut uneori brutal prin ictus apoplectic, alteori hemiplegic, fără comă sau numai cefalee persistentă. În perioada de stare cefalee chinuitoare, obtuzie cerebrală, semne de hipertensiune intracraniană, cu vomismente şi edem papilar şi semne neurologice, obişnuit deficitare, cu hemiplegie, afazie şi hemianopsie. Micropuncţia rahidiană este adeseori edificatoare prin prezenţa sîngelui în lichid. Fără intervenţia chirurgicală cu evidarea colecţiei sanguine în timp util, evoluţia e decele mai multe ori fatală.

Scanned with OKEN Scanner

HEMATOMUL EXTRADURAL, *sindromul.* Semn de compresiune cerebrală precoce consecutivă unui traumatism cranian. Apare după consumarea spaţiului liber (de la cîteva ore la cîteva zile) prin : torpoare progresivă, încetinirea pulsului, aprofundarea respiraţiei, uneori crize jacksoniene, monopareză cu întregire progresiv hemiparetică, hemiplegie controlaterală, midriază de aceeaşi parte cu compresiune, edem papilar uni sau bilateral, uneori paralizia perechii a VI-a. Poate fi prezentă triada lui Gerard-Marchant (echimoză, edem, durere locală).

HEMATOMUL INTRACRANIAN, *radiologie.* Diagnosticul radiologic al hematoamelor intracraniene, indiferent de sediu (extra sau intra cerebral) trebuie considerat ca un diagnostic de urgenţă. Examenul radiologic se face prin mai multe metode : examen de rutină, faţă şi profil, pentru cercetarea eventualelor deplasări ale calcificărilor fiziologice intracraniene (coasa creierului, glanda pineală) ; pneumoencefalografia, cu cantităţi mici de aer prin puncţie suboccipitală pentru aprecierea poziţiei cavităţilor ventriculare şi ştergerea imaginilor spaţiilor subarahnoidiene de partea leziunii ; angiografia cerebrală, care rămîne examenul de elecţie.

HEMATOMUL INTRAPARENCHIMATOS. Vezi hematomul cerebral spontan.

HEMATOMUL SUBDURAL, *sindromul.* Complicaţie recentă sau, mai adesea, tardivă a traumatismelor craniocerebrale, constînd în revărsarea sanguină uni sau bilaterală în spaţiile anatomice subdurale, prin leziunea directă (eschile) sau indirectă (deplasarea subită în masă, a creierului) a vaselor arteriale sau venoase ale durei, meningelui moale sau corticale. Punga sanguină, variabilă ca aspect şi volum (50—300 g), cu sediul de regulă în regiunea frontotemporoparietală, exercită presiune progresivă asupra masei cerebrale, determinînd semne de suferinţă a trunchiului cerebral, cu alterarea stării de cunoştinţă pînă la comă şi perturbări vegetative, puls şi respiraţie alterate şi semne de lateralitate sau de focar, prezenţa midriazei fiind valoroasă în localizarea ipsilaterală a revărsatului sanguin, pareze şi hemipareze mai ales controlaterale. În general, acest tablou clinic este valabil pentru toate formele de hematom subdural subacut, sau cronic (tardiv), cu deosebirea procesului de gravitate, care este cu atît mai mare cu cît hematomul survine mai rapid şi cu cît semnele clinice se instalează fără spaţiu liber în hematomul acut, cu spaţiul liber şi respectarea celor trei etape (comă-ameliorare-agravare) în forma subacută şi cu spaţiul lber ce depăşeşte cel puţin două săptămîni în forma cronică.

HEMERALOPIA, *semnul.* Scăderea acuităţii vizuale în timpul nopţii determinată de cauze toxice sau hipovitaminoza A (detenţie îndelungată şi lagăre de concentrare).

HEMIACROMATOPSIA, *semnul.* Indică o leziune parţială, mai puţin profundă, a căilor optice. Patologic are aceeaşi semnificaţie ca şi hemianopsia. Reprezintă limitarea tulburărilor vizuale la percepţia culorilor şi se poate manifesta sub aceleaşi forme clinice ca şi hemianopsia, în raport cu sediul topografic al leziunii.

HEMIAGNOZIA DUREROASĂ, *semnul.* Descris de Pierre Marie în leziunile parietale ale hemisferului minor. Constă în incapacitatea bolnavului de a preciza caracterul, natura şi sediul senzaţiei determinată de un excitant dureros aplicat pe partea afectată.

HEMIANOPSIA BINAZALĂ, *semnul.* Pierderea vederii în jumătatea nazală (internă) a ambelor cîmpuri vizuale prin secţiunea fiziologică a fibrelor temporale la periferia chiasmei optice sau a bandele-

Scanned with OKEN Scanner

telor. Întîlnită rar în arahnoidita optochiasmatică, scleroza carotidelor sau în tumori de ventricul III.

HEMIANOPSIA BITEMPORALĂ. Pierderea vederii în jumătatea temporală (externă) a ambelor cîmpuri vizuale. Este generată de secţiunea fiziologică a fibrelor optice nazale prin leziuni ale centrului chiasmei optice unde aceste fibre se încrucişază. Cauza cea mai frecventă este o tumoră a hipofizei.

HEMIANOPSIA DUBLĂ. Determinată de leziuni ale lobilor occipitali obişnuit vasculare sau proliferative. Conservarea viziunii maculare bilaterale este pusă în evidenţă prin examenul capimetric : bolnavul vede ca şi cînd ar privi prin două ţevi de puşcă.

HEMIANOPSIA HOMONIMĂ. Pierderea vederii în cîmpul nazal al unui ochi şi în cîmpul temporal al celuilalt ochi prin secţiunea fiziologică post chiasmatică a fibrelor optice nazale, prin leziuni la nivelul bandeletelor optice, a radiaţiilor optice sau corticale. Este cea mai frecventă formă de hemianopsie. Sediul leziunii se stabileşte prin constelaţia simptomatică de vecinătate. Cauza cea mai frecventă sînt accidentele vasculare cerebrale. Urmează tumorile cerebrale, traumatismele ş.a.

HEMIANOPSIA ÎN PĂTRAR, *semnul.* Pierderea vederii într-un pătrar al cîmpului vizual, prin secţiunea fiziologică a fibrelor optice la nivelul radiaţiilor optice sau la una din buzele scizurii calcarine.

HEMIANOPSIA LATERALĂ HOMONIMĂ, *examen radiologic.* Indicaţia examenului neuroradiologic şi alegerea tehnicii de explorare sînt conduse de natura şi sediul leziunii cauzale. Examenul radiologic de rutină, angiografia cerebrală (indispensabilă), pneumoencefalografia fracţionată şi dirijată sînt metodele de regulă.

HEMIANOPSIA LATERALĂ HOMONIMĂ CALITATIVĂ, *semnul.* Proiecţia fixă a retinei pe cortexul occipital explică paralela dintre semnele clinice incomplete şi leziunile incomplete. Acest gen de hemianopsie poate privi fie forma, fie culoarea obiectelor.

HEMIANOPSIA ORIZONTALĂ, *semnul.* Foarte rară. Este expresia leziunii concomitente a buzelor homologe ale celor două arii striate. În ordinea frecvenţei, etiologia este traumatică, vasculară sau expansivă. Constă în pierderea vederii în jumătatea superioară sau inferioară a cîmpului vizual, în raport cu leziunea buzelor respectiv inferioare sau superioare a ariilor striate.

HEMIASOMATOGNOZIA, *semnul.* Importantă tulburare a somatognoziei. Consistă în necunoaşterea sistematică a paraliziei ca şi indiferenţa bolnavului faţă de aceasta, generată de leziuni ale emisferului drept (şanţul interparietal, lob parietal inferior şi girus supramarginalis) în profunzime cu secţiunea bandeletei lui Eliot Smith, care leagă cortexul vizual occipital cu cortexul senzitivomotor.

HEMIATETOZA, *semnul.* Prezentă la copil după anumtie traumatisme obstetricale sau encefalite, la adult presupunînd o leziune vasculară de cele mai multe ori, asociată cu un lejer deficit piramidal, cu tulburări de sensibilitate profundă şi hiperpatie (sindromul talamic), sau după traumatisme craniocerebrale. Constă într-o hiperkinezie de tip special a extremităţilor, mai obişnuit a celor superioare, cu mişcări lente, tentaculare, ondulante, necontrolate, ale mîinilor şi degetelor. Reprezintă expresia unei dezorganizări a circuitelor extrapiramidale.

HEMIATROFIA CRANIANĂ, *examen radiologic.* Vezi meningoencefalita, sekele.

HEMIATROFIA FACIALĂ PROGRESIVĂ, *maladia.* Vezi maladia lui Romberg.

Scanned with OKEN Scanner

HEMIAVESTIBULIA, *sindromul.* Descris de Barré prin analogie cu hemianopsia. Este determinat de o leziune a centrului dextro sau levogir care se află în protuberanţă de o parte şi de alta, în imediata apropiere a nucleului perechii a VI-a. Sindromul se pune în evidenţă prin proba calorică pentru determinarea nistagmusului. Irigînd urechea de partea leziunii cu apă rece, nu apare secusa lentă în direcţia urechii irigate şi deci nistagmus-ul este absent.

HEMIBALISM, *sindromul.* Este considerat ca determinat de leziuni encefalitice, vasculare sau de altă natură ale corpului lui Luys. Sindromul reprezintă o varietate specială de hiperkinezie, caracterizată prin mişcări spontane, cu caracter brusc, ale membrelor de aceeaşi parte a corpului, de amplitudine mare şi de frecvenţă exasperantă, însoţite de mişcări de torsiune şi de rotaţie ale corpului homolateral. Prezente exclusiv în stare de veghe, ele pot grăbi sfîrşitul bolnavului prin oboseală excesivă consecutivă.

HEMICRANIA, *semnul.* Algie craniană cu localizare dimidiată, caracteristică migrenei şi cefaleei vasculare, mai rar unor cauze inflamatorii, nevralgii sau de altă natură.

HEMICRANIOZA, *sindromul.* Constă dintr-o bombare unilaterală a craniului, mai mult sau mai puţin importantă, limitată obişnuit la frontal şi parietal. Este generată fie de o hiperostoză, ca varietate unilaterală a unui meningiom infiltrant, ce-şi face apariţia în copilărie, cu mers lent, progresiv, cu debutul clinic la vîrsta adultă a unor manifestări neurologice, crize de epilepsie şi hipertensiune intracraniană (Brissaud-Lereboullet), fie de boala lui Paget, în fine, de o displazie fibroasă identificabilă biopsic.

HEMIDEZORIENTAREA VIZUALĂ, *semnul.* Veritabilă agnozie pentru latura stîngă a spaţiului printr-un mecanism foarte apropiat de cel care determină incapacitatea de interceptare a părţii stîngi a corpului. Bolnavul se deplasează ca şi cînd această latură a spaţiului ar lipsi.

HEMIPLEGIA, *sindromul.* Desemnează pierderea mobilităţii voluntare a unei jumătăţi a corpului determinată de leziuni ale căilor piramidale intranevraxiale. În formele clinice reduse, în care sînt posibile încă o serie de mişcări ale segmentelor afectate, se poate vorbi de o hemipareză. În ordinea frecvenţei, cauzele hemiplegiei sînt vasculare, tumorale, encefalitice sau traumatice.

HEMIPLEGIA CAPSULARĂ PURĂ, *sindromul.* Determinată de leziuni vasculare ale capsulei interne, hemoragii sau ramolisment. Se caracterizează prin paralizia proporţională a feţei şi a membrelor cu rapidă evoluţie spre spasmodicitate, cu toată gama de semne de atingere piramidală şi fără tulburări de sensibilitate sau senzoriale.

HEMIPLEGIA CAPSULOTALAMICĂ, *sindromul.* Descrisă de Déjérine şi Roussy, este o hemiplegie capsulară determinată de o leziune ce se extinde la talamus sau la conexiunile sale. În aceste condiţii, la simptomatologia pur motorie, caracteristică hemiplegiei capsulare, se adaugă tulburări de sensibilitate persistente de partea afectată.

HEMIPLEGIA CEREBELOASĂ BULBARĂ. Descrisă de Pierre Marie. Se caracterizează printr-un sindrom homolateral cerebelos destul de curat, prin atingere obişnuit vasculară a pedunculului cerebelos inferior.

HEMIPLEGIA CEREBELOASĂ HOMOLATERALĂ PROTUBERANŢIALĂ. Descrisă de Pierre Marie şi Foix. Endarterita trunchiului cerebral la originea arterelor circumferenţiale scurte sau arterita acestora realizează un ramolisment triunghiular cu bază periferică, al cărui vîrf merge spre planşeul ventriculului al

Scanned with OKEN Scanner

IV-lea, înglobînd pedunculul cerebelos mijlociu, cu posibila prindere a trigemenului, afectarea parţială a fasciculului piramidal şi a panglicii lui Reil. Simptomele dominante sînt cerebeloase, manifestîndu-se prin tulburări de mers, asinergie cu dismetrie şi adiadococinezie.

HEMIPLEGIA CEREBRALĂ INFANTILĂ. Manifestare obişnuit brutală cu instalare mai rar lentă şi progresivă, realizată de factorii etiologici enumeraţi la capitolul encefalopatiilor infantile. Constă clinic din impotenţa motorie a hemicorpului, cu o simptomatologie piramidală bogată şi spasmodicitate, la care se adaugă şi mari tulburări trofice (dezvoltare întîrziată a membrelor paralitice). Se mai pot adăuga semne extrapiramidale (coree, atetoză), tulburări de vorbire şi eventuală înapoiere mintală.

HEMIPLEGIA CRUCIATĂ, *sindromul.* Generată de mici leziuni obişnuit vasculare la nivelul descusaţiei piramidale din bulbul rahidian, unde contingentul de fibre ale membrului superior nu se încrucişază în acelaşi loc cu cele ale membrului inferior. Sindromul, rar întîlnit în clinică, se caracterizează prin paralizia membrului superior, la care se asociază paralizia membrului inferior de partea opusă.

HEMIPLEGIA LARINGODIAFRAGMATICĂ, *sindromul.* Rar întîlnită, asociază paralizia laringee cu cea a diafragmului, homolateral, datorită unor agresiuni asupra nervilor recurent şi frenic aflaţi în imediata vecinătate la nivelul crosei aortice şi mediastin sau excepţional, în urma unei frenicectomii.

HEMIPLEGIA LENTICULARĂ. Vezi sindromul lui Nothnagel-Mingazzini.

HEMIPLEGIA SPINALĂ. Vezi sindromul lui Brown-Sequard.

HEMIPLEGIA SPINALĂ ASCENDENTĂ CRONICĂ, *sindromul.* Vezi Mills, sindromul.

HEMIPLEGIA SUDORALĂ, *sindromul.* Descrisă de Chevalier. Se caracterizează prin masive tulburări vegetative localizate la hemicorpul paralizat, cu stare cianotică a tegumentelor, hipertermie şi mai ales hemisudaţie, care poate fi excesivă, vizibilă uneori de la depărtare prin pudra strălucitoare a cristalelor de uree rămase pe piele, în urma procesului de evaporare a sudorii.

HEMISPASM FACIAL PERIFERIC PRIMITIV, *sindromul.* Diferenţiat de Brissaud, reprezintă pe plan clinic exact efectele stimulării electrice ale nervului facial. Este o contracţie clonică sau tonică a muşchilor hemifeţei, cu sinergia paradoxală, semnalată de Babinski, a muşchilor frunţii şi orbicularului pleoapelor, normal antagonişti, ceea ce duce la ridicarea sprîncenei şi la strîngerea pleoapelor în timpul accesului. Iniţial a fost considerat esenţial. Pare însă a fi datorit unor leziuni extrinsece, compresiune asupra unui segment al nervului facial (porţiunea verticală din canalul osos), de unde ar pleca stimuli iritativi în masă spre periferie.

HEMISPASM FACIAL POSTPARALITIC, *sindromul.* Constă în apariţia de secuse clonice hemifaciale în faza de recuperare a unor paralizii faciale tronculare. Lucrări mai recente stabilesc legătura acestor secuse cu clipitul, ele rezultînd din activitatea în masă a fibrelor restante regenerate ale porţiunii palpebrale a orbicularului pleoapelor care, prin procesul de regenerare, sînt axate greşit la un anumit grup de muşchi sau la toată hemifaţa corespunzătoare. Aceasta ar explica repartiţia atît de variabilă a secuselor.

HEMORAGIA CAPSULOLENTICULARĂ. Este cea mai comună formă a maladiei hemoragice cerebrale, determinată de irupţia sîngelui în regiunea externă a nucleului lenticular, cu afectarea corpului striat şi a sectorului caudal al

Scanned with OKEN Scanner

capsului extern. Rezultă o hemiplegie lenticulocapsulară care se poate însoţi de hemianopsie dacă sîngele invadează înapoi sectorul retrolenticular al capsulei interne, distrugînd radiaţiile talamice sau chiar corpul genunchiat extern.

HEMORAGIA CEREBRALĂ, *sindromul.* Accident vascular cerebral, de cea mai mare gravitate, procentul supravieţuirilor fiind foarte mic. Generată de leziuni parietale vasculare, ateroscleroză, arterite, anevrisme sau angioame, rar de boli ale sîngelui, septicemii, traumatisme craniene, intoxicaţii, insolaţii sau de hemoragii intramurale în tumori cerebrale. Extravasarea sîngelui este determinată în unele cazuri de efracţia pereţilor vasculari (malformaţii vasculare), de cele mai multe ori prin diapedeză, leziuni ischemice perivasculare preexistente ale parenchimului favorizînd procesul, ca şi hialinoza pereţilor vasculari în cauză. Simptomatologia de debut se manifestă obişnuit cu durere violentă în hemicraniul afectat, după care se instalează coma, ce se adînceşte treptat. Apariţia febrei şi a dereglărilor de puls, tensiune şi respiraţie, indică inundaţia ventriculară ireversibilă. În cazurile favorabile, localizarea hemoragiei permite supravieţuirea cu sekele.

HEMORAGIA CREIERUŞULUI. Este mult mai rară decît hemoragia cerebrală. Fără o simptomatologie proprie netă, se manifestă mai mult prin suferinţa formaţiunilor vecine (bulbul rahidian, calota pedunculară etc.). Debut obişnuit fără ictus, cu durere violentă occipitocervicală, urmată curînd de vărsături de o intensitate şi frecvenţă excesivă. La acestea se adaugă tulburări vegetative cardiorespiratorii, nelinişte, proprii formaţiilor bulbare, uneori şi deviaţia ochilor prin compresiunea fasciculului longitudinal posterior din calota pedunculară. Tabloul se completează cu un frust sindrom piramidal şi cîteva semne din seria cerebeloasă. Evoluţia şi prognosticul foarte rezervate.

HEMORAGIILE SUBARACHNOIDIENE, *sindromul.* Prezenţa sîngelui în spaţiile subarahnoidiene, determinată de traumatisme craniene sau destul de frecvent, de sîngerarea unor mici anevrisme ale vaselor de la baza creierului la tineri, de aterome cerebrale şi hipertensiunea arterială evidentă la vîrstnici. Clinic, debutul brutal este obişnuit, cu cefalee, iniţial occipitală, redoarea cefei, vomismente, vertij, tulburări de vedere, obnubilaţie, rar crize de epilepsie. Sindromul psihic merge de la starea de agitaţie pînă la somnolenţa continuă. Motor pot apare crize de epilepsie, devierea conjugată a capului şi ochilor spre partea opusă focarului, contractură piramidală, hipertonie musculară sau semne de deficit, cu pareze sau paralizii diverse. Hipertonia progresivă şi pareze de nervi cranieni însoţesc evoluţia. În l.c.r. prezenţa sîngelui este patognomonică. Deşi evoluţia este frecvent favorabilă, prognosticul rămîne rezervat, recidivele fiind destul de obişnuite.

HEMOSIDEROZA REGIONALĂ A NEVRAXULUI, *sindromul.* O curioasă şi rară supraîncărcare feroasă a sistemului nervos central, cu sediul la periferia măduvei spinării, la suprafaţa cerebelului, la baza creierului şi a cortexului insular, cu o remarcabilă predominenţă la nivelul spaţiilor perivasculare, în zonele de stagnaţie a l.c.r. Reprezintă consecinţa probabilă a unor sîngerări repetate subarachnoidiene. Se însoţeşte de leziuni tisulare, ca spongioza cu glioza consecutivă, explicabilă prin proliferarea celulelor adventiciale perivasculare, cu tulburarea circulaţiei în spaţiul Vircow-Robin, spongioză care poate ajunge pînă la necroză (cerebel) responsabilă de simptomatologia ataxică, piramidală, tulburări de sensibilitate şi areflexie tendinoasă.

HENNEBERG, *reflexul.* Observat obişnuit în paralizia pseudobulbară, întîlnit uneori ca fenomen unilateral în hemiplegie, şi mai ales, în toată plenitudinea în

Scanned with OKEN Scanner

diplegii. Constă în determinarea contracţiei muşchilor orbiculari ai buzelor, uneori ai obrazului şi a altor muşchi ai feţei prin manopera de fricţiune a boltei palatine.

HENNEBERT, *sindromul*. Semnalat în labirintitele eredosifilitice. Constă în determinarea de clonii oculare şi nistagmus prin provocarea unei variaţii de presiune aeriană la nivelul conductului auditiv extern.

HENNER, *semnul*. Întîlnit în tumorile de lob frontal. Se pune în evidenţă prin manevra de retropulsiune care poate duce la căderea pe spate, determinată de o insuficientă acţiune a antagoniştilor.

HEREDOATAXIA PIERRE MARIE, *boala*. Face parte din grupa eredodegenerescenţelor spinocerebeloase. Maladie familială cu caracter ereditar dominant. Apare la o vîrstă mai înaintată comparativ cu celelalte componente ale grupului. Debutul prin tulburări de mers cu caracter cerebelospasmodic, însoţite progresiv de contractură piramidală în extensie. Reflexie osteotendinoasă exagerată şi semnul lui Babinski. Vorbirea spasmodică, cerebeloasă, la care se adaugă frecvent nistagmus, paralizii oculare şi atrofie optică. Leziunile degenerative ocupă cu predilecţie sistemele cordonale anterolaterale ale măduvei şi trunchiului cerebral faţă de cordoanele posterioare, care sînt mai puţin interesate.

HEREDODEGENERESCENŢA SPINOCEREBELOASĂ. Termen propus de P. Mollaret pentru a desemna o constelaţie de sindroame răspunzînd unor atingeri degenerative mai mult sau mai puţin numeroase de sisteme neuronale, fiecare sindrom individualizat nefiind decît o variantă a aceluiaşi proces eredodegenerativ. Cordoanele posterioare, căile spinocerebeloase, neuronii motori ai coarnelor anterioare, rădăcinile nervilor periferici, căile piramidale, sînt elementele anatomice în optica procesului degenerativ. Lista încă neînchisă, numără maladia lui Friedereich, eredoataxia cerebeloasă a lui Pierre Marie, maladia lui Charcot-Marie, nevrita hipertrofică a lui Dejerine-Lottas, distazia areflexică a lui Roussy-Lewy şi, discutabil, maladia lui Refsum.

HEREDODEGENERESCENŢA SPINOPONTOCEREBELOASĂ. Reprezintă extinderea la punte a eredodegenerescenţei spinocerebeloase (Welte-Reserhagen).

HEREDOPATIA ATAXICĂ POLINEVRITICĂ. Vezi maladia lui Refsum.

HERNIA AMIGDALIANĂ. Utilizînd pneumostratigrafia mediană, prin injectarea a 10 cm^3 de aer pe cale lombară fără sustracţie lichidiană, se permite vizualizarea radioanatomică a amigdalelor cu distingerea a trei tipuri de procidenţă amigdaliană în gaura occipitală : angajarea amigdaliană (opacitate vizibilă sub gaura occipitală ; anclavarea amigdaliană (opacitate vizibilă sub gaura occipitală) ; alungirea amigdaliană.

HERNIA DE DISC, *boala*. Localizată obişnuit la nivelul celor mai mobile piese ale coloanei vertebrale, L4, L5, S1 şi la nivelul coloanei cervicale, orice segment vertebral putînd fi interesat. Survine de regulă în urma unor traumatisme vertebrale apreciabile (ridicarea unor greutăţi mari, cădere pe călcîie etc.), care comprimă discul intervertebral, cu ruperea inelului fibros discal şi hernierea nucleului pulpos posterior, spre canalul rahidian. Rădăcinile nervoase interesate, dispuse lateral şi strangulate în defileul interdiscoapofizar, vor suferi compresia mecanică şi va apare consecutiv reacţia dureroasă (nevralgia sciatică, cervicobrachialgia, nevralgii intercostale etc.). Procesul lezional radicular se poate însoţi de edem în evoluţia sa, cu manifestări motorii, paralizie şi areflexie osteotendinoasă (radiculita).

HERNIA DISCULUI INTERVERTEBRAL, *examen radiologic*. Este nece-

Scanned with OKEN Scanner

sar un examen radiologic complet. El nu poate fi limitat numai la un examen în incidenţa de faţă şi de profil. Trebuie respectate anumite reguli, neglijarea lor putînd duce la erori capitale : aprecierea înălţimii unui disc nu se poate face decît prin comparaţie cu discurile supra şi sub jacente. Se impune deci ca radiografiile să cuprindă segmente întinse ale coloanei din vecinătatea leziunii. De asemenea, diagnosticul herniei de disc nu poate fi susţinut decît pe baza imaginilor statice şi radiocinetice. Sînt necesare radiografii care să fixeze coloana în timpul acestor funcţiuni. Este de reţinut că examenul radiologic cu mijloace de contrast nu este indispensabil dacă examenul de rutină este făcut în condiţiile de mai sus. Dacă ar fi ceva de recomandat, aceasta ar fi mielografia gazoasă, cu aer în cantităţi suficiente, care să cuprindă segmente întinse, eventual asociată cu secţiuni tomografice. (Vezi şi coloana vertebrală, examen radiologic).

HERNIA NUCLEARĂ INTRASPONGIOASĂ, *maladia*. Descrisă de Schmorl. Localizată la una sau mai multe vertebre, în special la nivelele de funcţionalitate mai intensă. Reprezintă invadarea ţesutului osos spongios al corpului vertebral de către o hernie a nucleului pulpos care pătrunde printr-o fisură a cartilajului de la nivelul platourilor vertebrale. Aspectul radiologic este caracteristic. Clinic pot exista dureri lombare sau provocate prin percuţie.

HERNIILE CEREBRALE, *sindroamele*. Vezi sidroamele de angajare.

HERPES ZONA, *boală*. Vezi zona.

HERTWIG-MAGENDIE, *semnul*. Prezent în leziuni ale fasciculului longitudinal al calotei. Constă în devierea în sus şi intern a globului ocular de partea leziunii şi în jos în afară a celuilalt glob ocular.

HETEROFORIILE. Exprimă stările de strabism latent, existente cu o frecvenţă apreciabilă. Considerate ca fiziologice în condiţia cînd nu provoacă tulburări funcţionale evidente.

HICKS, *boala*. Sinonim neuropatia radiculară senzorială ereditară. Afecţiune rară, cu caşet eredofamilial, caracterizată prin absenţa sensibilităţii la nivelul policelui, parestezii penibile difuze, areflexie osteotendinoasă la nivelul membrelor inferioare şi hipoacuzie bilaterală.

HIDANTOINE. Ureide ciclice ale acidului glicoric, folosite cu efecte surprinzătoare în nevralgia trigeminală şi epilepsie.

HIDATITOZA CEREBRALĂ, *boala*. Obişnuit determinată de localizarea primitivă în masa cerebrală a embrionului hexacant, ajuns aci pe cale sanguină, după depăşirea celor două obstacole capilare, hepatic şi pulmonar, mai rar produs metastatic prin ruperea unui chist cardiac în ventriculul stîng. Frecvent unic, chistul hidatic cerebral se localizează cu predilecţie în masa emisferelor cerebrale, rar la nivelul durei etc. Chistele multiple de obicei sînt metastatice. Vîrstele mici, copilăria şi adolescenţa sînt mai atinse. Rar în Europa, mai frecvent în ţările unde creşterea vitelor este importantă. Anatomopatologic, chistul poate atinge dimensiunile unei portocale sau mai mari, înconjurat de o membrană chistică translucidă, uşor clivabilă, cu obişnuitul perete chistic în trei straturi. Interiorul chistului, tapisat cu membrana proligeră, bogată în paraziţi, este ocupat de un lichid clar ca apa de stîncă. Clinica chistului hidatic cerebral este identică cu a oricărui proces intracranian înlocuitor de spaţiu, cu inerenta hipertensiune intracraniană, însoţită de tot ansamblul de semne generale cunoscute, şi cu semnele de focar dictate de localizarea parazitului. Testele biologice pentru identificarea unei parazitoze nu sînt obişnuit fidele, eozinofilia

Scanned with OKEN Scanner

lipsind descori, iar reacţiile Cassoni şi Weinberg-Pîrvu fără un aport preţios. Radiografia standard este utilă în cazul calcificării chistului. Arteriografia intracraniană cu soluţie de contrast şi ventriculografia aduc un real aport în definirea existenţei unui proces expansiv, mai puţin în identificarea etiologică. Singura terapie este cea chirurgicală.

HIDRARGIRISMUL CRONIC, *intoxicaţia.* Vezi arsenic, intoxicaţia.

HIDROCEFALIA, *sindromul.* Acumularea lichidului cefalorahidian în ventriculii cerebrali (hidroencefalie internă), la care se poate adăuga lărgirea spaţiilor arahnoidiene cerebrale (hidrocefalie externă). Mecanismul etiopatogenic recunoaşte : obstacolul în calea circulaţiei l.c.r. (tumori şi inflamaţii dezvoltate în cavităţile ventriculare sau obstruînd traseele dificile, găurile lui Monro, Luscka, Magendie, ca şi apeducul lui Silvius), hipersecreţia de lichid, proces rar, realizat de tumori ale plexurilor coroide, fibroza venei lui Gallien etc. şi defecte de resorbţie prin procese inflamatorii ale piei mater. Clinic, aspectul este patognomonic : volumul boltei craniului crescut, cu dehiscienţa sudurilor şi a fontanelelor, fruntea bombată, baza nasului lărgită, cu îndepărtarea şi coborîrea ochilor, la care se adaugă tulburări ale mişcărilor oculare. Formele grave evoluează rapid spre exitus. Formele compensate sînt pasibile de o viaţă relativ îndelungată.

HIDROENCEFALIA INTERNĂ POSTTRAUMATICĂ, *sindrom.* Apare de regulă la traumatizaţii cranieni rămaşi în comă mai mult de o săptămînă, mai evidentă la bătrîni şi mai ales după come prelungite. Esenţa anatomopatologică este de ordin mielinolitic, iar patogenic este vorba probabil de un mecanism anoxic şi metabolic. Nu există paralelism între dimensiunile hidroencefaliei şi expresia clinică sau prognoza.

HIDROFOBIA, *semnul.* Contracturi mai mult sau mai puţin pronunţate ale muşchilor deglutiţiei care se declanşează la vederea unui lichid. Semn prezent în faza de excitaţie a turbării umane. De asemenea, poate marca debutul tetanosului hidrofob, sau poate participa la manifestările sindromului obsesiv.

HIDROMA SUBDURALĂ, *sindromul.* Colecţie de lichid bogat în serine, de coloraţie xantocromică sau limpede, adunată în spaţiul subdural. Etiologia traumatică este admisă în general. Reprezintă evoluţia în timp a unui hematom subdural cronic sau existenţa (incertă) a unei soluţii de continuitate în supapă a arahnoidei, care ar permite numai pătrunderea lichidului în spaţiul subdural. Clinic, apare o simptomatologie de focar, cu epilepsie, deficit motor, oprirea în dezvoltare a creierului după o vechime mai mare, ce duce la oligofrenie. Deformarea cutiei craniene poate fi orientativă.

HIGIER, *boala.* Vezi epilepsia procursivă.

HILOGNOZIA, *semnul.* Capacitatea de a recunoaşte materialul din care este constituit un obiect numai prin cercetare tactilă, fără a folosi vederea. Alterată în afecţiuni parietale sau ale căilor sensibilităţii.

HIPALGIA, HIPALGEZIA, *semnul.* Ridicarea pragului sensibilităţii dureroase în sensul unei percepţii diminuate, întîlnite în afecţiuni parietale sau ale căilor sensibilităţii dureroase. Anularea percepţiei dureroase duce la curiosul sindrom de anestezie la durere (vezi cap. resp.).

HIPERCAPNIA, *sindromul.* Reprezintă retenţia de CO_2. Frecventă în sclerozele bronhopulmonare şi în insuficienţele respiratorii cronice. Poate evolua spre coma hipercapnică.

HIPERESTEZIA, *semnul.* Contrariu hipoesteziei, este o alterare a percepţiei senzaţiilor tactile, termice şi dureroase,

în sensul unei exagerări. Este semnalată în afecţiuni ale nervilor periferici şi ale căilor centrale ale sensibilităţii, determinată de cauze obiective diverse, stări psihice particulare, isterie etc. Apariţia paroxistică a hiperesteziei poate constitui aura unei crize de epilepsie sau conţinutul unui atac epileptic jacksonian senzitiv.

HIPERGEUZIA, *semnul.* Întîlnită în anumite afecţiuni ale sistemului nervos centrul sau în isterie. Constă în exagerarea sensibilităţii gustative.

HIPERHIDROZA, *semnul.* Mărirea secreţiei sudorale prin tulburări ale centrilor vegetativi superiori, calea de transmisie a excitaţiilor la nivelul aparatului sudoripar periferic fiind simpaticul.

HIPERKALIEMIA, *sindromul.* Concentraţia crescută a potasiului în sînge (normal 19 mg %, corespunzînd la 4,5—4,7 m. Eq./litru). Sindromul biologic caracterizează paralizia periodică familială prin hiperkaliemie (vezi cap. resp.).

HIPERKINEZIA, *sindromul.* Caracterizată prin apariţia unor mişcări involuntare, de ritm, amplitudine şi frecvenţă variabile, necontrolate, mai mult sau mai puţin organizate, determinată prin leziuni ale aparatului extrapiramidal.

HIPERMETRIA, *semnul.* Tulburare de coordinaţie cinetică, proprie sindromului neocerebelos, generată de o proastă apreciere a planului de mişcare. Se cercetează prin proba deget-nas sau călcîi-genunche. Mişcarea depăşeşte larg scopul propus, punînd în valoare caracterul nemăsurat al mişcărilor cerebelosului.

HIPERNATREMIA NEVROGENĂ, *sindromul.* Vezi sindromul de hipernatremie.

HIPEROSTOZA FRONTALĂ INTERNĂ, *sindromul.* Vezi sindromul Morgagni-Morel-Steward.

HIPERPATIA, *semnul.* Vezi durerea talamică, semnul.

HIPERSIMPATICOTONIA, *sindromul.* Semnalată la femei cu următoarele tulburări viscerale neorganice : cardiace (tahicardie permanentă, fenomene pseudoanginoase, bătăi aortice şi epigastrice jenante, tensiunea arterială uşor ridicată), respiratorii (accelerări ale ritmului), digestive (uscăciunea limbii), sexuale (erecţii rare şi ejaculări precoce) şi nervoase (iritabilitate, agitaţie şi insomnie).

HIPERSINCRONE UNDE, *e.e.g.* Termen incorect, dar utilizat. Undele pot fi asincrone sau sincrone ; se presupune însă că sincronizarea unui mare număr de descărcări neuronice produce prin sumare un potenţial mare, înregistrat prin deflexiuni ample şi invers. Undele hipersincrone, sensibil mai ample decît activitatea de fond, cu aspect paroxistic, au o semnificaţie patologică.

HIPERSOMNIA, *semnul.* Noţiunea exprimă valoare cantitativă : somn cu o durată anormală. Ultimele cercetări au dovedit şi o modificare calitativă a hipersomniei în ceea ce priveşte organizarea somnului (procentajul diferitelor faze ale somnului). Se deosebeşte de somnul normal prin profunzimea, durata şi prin bruscheţea apariţiei sale. Semnalată în encefalita epidemică, în tumori cerebrale, leziuni vasculare etc.

HIPERTELORISM, *malformaţia.* Malformaţie congenitală craniofacială, caracterizată printr-o distanţă anormal de mare între ochi, datorită unei anomalii de dezvoltare a sfenoidului (aripile mici anormal de dezvoltate). Se înregistrează uneori paralel şi o întîrziere mintală.

HIPERTENSIUNEA INTRACRANIANĂ, *examen radiologic.* Orice proces ce poate mări tensiunea intracraniană trebuie să fie investigat radiologic. Modificările ce urmează să fie urmărite cuprind două grupe : grupa semnelor indirecte,

Scanned with OKEN Scanner

la distanţă, şi grupa semnelor directe. Grupa semnelor indirecte este determinată de creşterea presiunii intracraniene şi constituie sindromul radiologic al hipertensiunii intracraniene. Grupa semnelor directe este formată din semnele pe care procesul patologic le poate realiza (urme vasculare tumorale, calcificări ale tumorilor, modificări ale structurii osoase craniene prin meningiom, metastaze etc.). În urmărirea acestor semne examenul radiologic se desfăşoară în două etape : într-o primă etapă se pun în practică toate incidenţele de rutină ale examenului radiologic cranian şi în a doua, examene cu mijloace de contrast, alegerea acestora fiind hotărîtă de scopul urmărit (vezi encefal examen radiologic).

HIPERTENSIUNEA INTRACRANIANĂ, *sindromul.* Prezent în condiţia unei prea mari cantităţi de lichid cefalorahidian sau a unui creier devenit prea voluminos pentru conţinătorul său osos cu dimensiuni fixe. În primul caz, mărirea presiunii l.c.r. este generată de supraabundenţa lichidiană prin hipersecreţie (meningite seroase inflamatorii, traumatice şi anumite flebopatii). În al doilea caz, creierul devine voluminos prin prezenţa în masa sa a unor procese proliferative înlocuitoare de spaţiu, prin starea de edem, de umflare, sau prin lărgirea ventriculilor cerebrali prin acumulare de lichid, a cărui circulaţie este blocată de obstrucţia căilor de scurgere. Semnele clinice sînt : cefaleea rezistentă la analgezice, cu debut precoce, permanentă sau, mai adesea, evoluînd în crize, uneori în paroxisme în a doua jumătate a nopţii şi dimineaţa, indicînd în acest fel posibilitatea de localizare a unei tumori de fosă posterioară ; vărsăturile, mai frecvente la copil şi în stadii evolutive mai avansate, uşoare şi fără efort, determinate uneori de paroxismul dureros ; paralizii de nervi cranieni, în special perechea a VI-a şi a III-a, vertij, obtuzie intelectuală şi mai ales edemul papilar (vezi cap. resp.).

HIPERTENSIUNEA VENTRICULARĂ, *sindromul.* Apare în condiţii etiologice variate : infecţii generale sau locale, intoxicaţii, tulburări vasculare, traumatisme craniocerebrale, procese tumorale, mai rar fără cauză apreciabilă. Patogenic este determinată fie de obstacole pe căile de liberă circulaţie a lichidului cefalorahidian (inflamaţii, compresiuni), fie de hipersecreţia lichidiană (iritaţii ale plexurilor coroide sau ependimului ventricular), fie, în fine, prin defect de resorbţie de lichid (compromiterea permeabilităţii căilor venoase şi limfatice). Clinic, debutul poate fi lent şi progresiv, formă obişnuită la copii, sau rapid. În formele lente se întrunesc semne variabile de deficit motor, tulburări cerebeloase cu incoordinare motorie, mers ebrios, asinergie şi dismetrie, paralizii de nervi cranieni, în special a perechii a VI-a, tulburări psihice cu scăderea, uneori apreciabilă, a facultăţilor intelectuale, paroxisme delirante, agitaţie şi tulburări endocrinovegetative (sindromul infundibular). Formele acute recunosc obişnuit o etiologie mai precisă, tumorală sau traumatică. Clinic, se accentuează semnele de hipertensiune intracraniană, apar obnubilaţia şi, uneori, semne de atingere a regiunii infundibulotuberiană. În cazurile grave pot să apară atacuri de rigiditate decerebrată.

HIPERTONIA EXTRAPIRAMIDALĂ, *sindromul.* Cuprinde manifestările tonice multiple, al căror mecanism stă în perturbările aduse funcţiunilor posturale prin leziuni obişnuit localizate la corpii striaţi ai creierului sau la căile lor.

HIPNAGOGISM, *semnul.* Apariţia unor senzaţii luminoase, sonore sau în legătură cu imaginea corporală, în etapele ce preced sau succed somnul, la care bolnavul asistă critic. Sînt generate de leziuni care interesează substanţa reticulată de la nivelul pedunculilor cerebrali.

Scanned with OKEN Scanner

HIPNOZA. Stare artificială, încă discutabil clasabilă în raport cu somnul, cu care are anumite contigenţe, dar de care diferă prin lipsa unor modificări fiziologice şi electrice edificatoare. Este determinată indus de o activitate exterioară, care anulează vigilenţa subiectului, făcîndu-l capabil să primească şi să execute anumite ordine.

HIPOKALIEMIA, *sindromul.* Scăderea potasiului plasmatic sub 4,8 M. Eq/litru. Caracterizează paralizia periodică familială prin hipokaliemie (vezi cap. resp.).

HIPOSMIE, *semnul.* Vezi anosmie.

HIPOTENSIUNEA INTRACRANIANĂ, *sindromul.* Descris de Leriche (1919), generat în mod obişnuit de traumatisme craniene. Fiziopatologia incertă, cu incriminarea pierderii de l.c.r. în plagă, hiposecreţie la nivelul plexurilor coroide, resorbţie exagerată a lichidului prin creşterea presiunii osmotice a plasmei, modificări hidroelectrice ale neuronilor şi a spaţiilor perineuronale etc. Clinic domină cefaleea îndelungată cu tulburări evidente ale cunoştinţei, la care se adaugă semne neurologice deficitare, a căror slabă expresie contrastează cu tabloul psihic alterat, cu posibilă evoluţie spre comă. Diagnosticul de precizie prin trepanopuncţie, cu stabilirea stării de colabare cerebrală. Scăderea accentuată a presiunii arterei centrale a retinei poate fi orientativă.

HIPOTONIA CEREBELOASĂ, *semnul.* Consecinţă a slăbirii reflexului miotatic, ce permite atitudini pasive anormale. Traduce insuficienţa mecanismelor care intră în acţiune pendinte de funcţiunile cerebelului, pentru a menţine o postură sau a fixa o atitudine. Hipotonia cerebeloasă este pur musculară, spre deosebire de cea piramidală sau cordonală posterioară, care asociază pasivitatea cu hiperextensibilitatea. Se pune în evidenţă prin multiple manevre de mobilizare pasivă (pumn-umăr, călcîi-fesă etc.), ca şi prin balotarea segmentară (mîini-picioare etc.).

HIPOTONIA CONGENITALĂ BENIGNĂ. Diplegie hipotonă predominant proximală fără amiotrofii, cu hiperreflectivitate. Histologic fără modificări sau cu fibre musculare mai subţiri. Evoluţie benignă.

HIPOTONIA MUSCULARĂ SOLITARĂ, *boala.* În contextul congenital, afecţiunea pare a trebui asimilabilă maladiei lui Oppenheim. În condiţiile unei afecţiuni dobîndite, pare a fi simptomatica unei hipotiroidii sau unui deficit nutritiv general.

HIPOXIDOZA ISCHEMICĂ, *sindromul.* Scăderea tensiunii arteriale şi reducerea volumului-minut a sîngelui arterial circulant, determinate de circumstanţe variate, maladii cardiace, hemoragii, maladii vasculare sau alte cauze care încetinesc aportul sanguin în sistemul arterial cerebral.

HIPPEL-LINDAU, *boala.* Vezi angiomatoza retinocerebeloasă, maladia.

HIPTOCINEZIA, *semnul.* Prezent cu o constanţă remarcabilă în paralizia agitantă. A fost descris de Sarbo şi constă în provocarea cu uşurinţă a retropulsiunii prin simpla redresare a capului sau trăgînd înapoi de haină bolnavul.

HIPPUS, *semnul.* Sinonim ataxie pupilară, atetoză pupilară. Constă în treceri instantanee de la mioză la midriază şi invers, un fel de dans al pupilei, ce survine spontan, indiferent de acţiunea luminii. Este semnalat în epilepsie, lues nervos, intoxicaţii cu veronal etc.

HIRSCHBERG, *semnul.* Întîlnit în hemiplegia organică. Constă în determinarea adducţiei şi rotaţiei interne a piciorului de partea bolnavă prin frecarea marginii interne a acestuia.

Scanned with OKEN Scanner

HIRTZ, *incidenţă radiologică.* Axială, bazală sau vertex placă. Se obţine o imagine de ansamblu a bazei craniului, făcînd parte din seria filmelor de orientare. Primele două etaje ale bazei craniului, etaj anterior şi etaj mijlociu, sînt bine degajate, spre deosebire de cel posterior, care este mai puţin vizibil (vezi craniul osos).

HISSELBERGER, *semnul.* Hipoestezia părţii profunde a conductului auditiv extern, prezentă în formele incipiente ale parezei faciale periferice (neurinom de acustic).

HOFFMANN, *boala.* Vezi amiotrofia neurală progresivă de tip peroneal.

HOFFMANN, *semnul.* Semn de leziune a căilor piramidale, cercetat la membrul superior. Consistă în flexiunea policelui şi a celorlalte degete, determinată de flexiunea bruscă şi relaxarea imediată a falangei distale a mediusului, mîna bolnavului fiind în flexiune dorsală, iar falanga a doua a mediusului fixată de cercetător în semiflexiune. Se poate obţine fenomenul şi prin extensia bruscă a ultimei falange a mediusului (Trommer) sau prin extensia bruscă a ultimelor degete (Wartemberg). În mod normal manevrele nu determină nici un răspuns sau, excepţional, la 2% din subiecţii normali, şi, în acest caz, e totdeauna bilateral. Prezenţa reflexului Hoffmann ar fi caracteristică unei atingeri a ariei a 6-a corticală.

HOLMES-STEWARD, *proba.* Probă de tulburare a tonusului muscular şi a echilibrului funcţional a cuplului agonisto-antagonist, prezente în afecţiunile cerebelului. Observatorul aflat în spatele bolnavului, susţine braţele acestuia în poziţie orizontală, recomandîndu-i să nu facă vreun efort voluntar. Încetarea bruscă a sprijinului iniţial, se soldează cu căderea braţelor bolnavului în lungul corpului.

HOLOTONIA, *semnul.* Spasm generalizat la întreg sistemul muscular, întîlnit în tetanos, rigiditatea prin decerebrare etc.

HOMEN, *sindromul.* Este considerat ca fiind o formă clinică a distoniei hepatolenticulare. Se caracterizează prin manifestări motorii cu rigiditate musculară, în special a memebrelor inferioare, mers lent, nesigur, vorbire ştearsă, stări vertiginoase şi demenţă progresivă.

HORNER, *sindromul.* Sinonim sindromul Claude-Bernard-Horner. Indică leziunea simpaticului într-un punct al lungului său traiect central sau periferic. Semnele de vecinătate ale leziunii indică de obicei sediul ei : primul neuron de la hipotalamus la centru ciliospinal (C_8—T_2), al doilea neuron pînă la ganglionul cervical superior şi al treilea neuron pînă la globul ocular. Clinic, prezintă miozis cu enoftalmie, la care se adaugă uneori şi tulburări ale secreţiei sudorale hemolaterale, congestia feţei.

HORTON, *boala.* Sinonim arterita temporală, termen impropriu. Este o panarterită inflamatorie subacută, segmentară şi plurifocală, interesînd în mod electiv arterele cefalice, atingînd însă şi trunchiurile marilor artere. Apare obişnuit după vîrsta de 60 ani. Debut cu semne generale şi dureri diverse, după care urmează cefaleea. V.S.H. extrem de mărită. Examenul histologic, esenţial pentru diagnostic, arată o panarterită cu caracter inflamator, cu granulon inflamator al mediei, cu prezenţa de celule gigante şi necroză fibrinoidă. Terapia electivă cu cortizon.

HORTON, *sindromul.* Sinonim cefalee histaminică, eritromelalgia capului. Algia, de origine vasculară, asemănătoare celei produse prin injecţia de histamină, îşi face apariţia la adulţi în mod paroxistic, sub forma de hemicranie, cuprinzînd tîmpla, ochiul, faţa şi gîtul de aceeaşi parte, cu congestia tegumentelor corespondente şi rinoree. După 1—2 ore, algia cedează pentru a se repeta cu o frecvenţă variabilă.

Scanned with OKEN Scanner

HUGUENIN, *sindromul.* Vezi sindromul cerebrometastatic acut.

HUNTINGTON, *boala.* Vezi coreea cronică.

HURLER-PFAUNDLER, *boala.* Vezi gargoilismul, maladia.

HUTCHINSON-GILFORD, *sindromul.* Senilitate (progeria) survenită prematur, progeria infantilis sau nanismus senilis. Morfologic caracteristic prin talie mică, atrofie a tegumentelor, a ţesutului subcutanat şi muscular, hipogenitalism şi osteoporoză.

HYPSARITMIA, *e.e.g.* Disritmie lentă, foarte amplă, difuză, cu frecvente vîrfuri care variază de la un moment la altul ca localizare. Aspect morfologic al activităţii, nu termen clinic. Întîlnit mai ales în boala spasmelor în flexie a primei copilării (ticul Salaam). Are întotdeauna o semnificaţie patologică.

HYPSARITMIA, *boala.* Formă particulară de epilepsie la copilul mic pînă la un an, caracterizată prin crize frecvente de pierdere a cunoştinţei, însoţite de flexiunea subită a capului, trunchiului şi genunchilor, alături de fenomene oculare, respiratorii şi vegetative de acompaniere. Crizele survin ca fulgerul, sînt de foarte scurtă durată şi se însoţesc de o evoluţie demenţială în condiţiile neaplicării din timp a unei terapii cu A.C.T.H., deosebit de eficace. Examenul e.e.g. este caracteristic şi edificator.

HYSTERIA, *sindromul.* Nevroză caracteristică prin tulburări permanente sau tranzitorii de un polinorfism foarte variat şi bogat, expresivă prin manifestări motorii, senzitive, senzoriale sau psihice, cu aspect deficitar sau de excitaţie, lipsită de semne neurologice obiective şi capabilă de a fi reprodusă sau vindecată prin sugestie.

Scanned with OKEN Scanner

I

IANISEVSKI, *semnul.* Sinonim simptomul buldogului. Este semnalat în parkinsonism. Constă în contracţia spasmodică a maxilarelor cu determinarea unei mimici caracteristice care i-a generat denumirea, provocată prin excitarea buzelor sau a mucoasei bucale.

ICTERUL NUCLEAR. Icter intens ce survine în primele zile ale vieţii cu impregnare bilirubinică a ganglionilor de la baza creierului, determinat de o incompatibilitate de factor Rh între mamă şi făt, mai rar incompatibilitatea de grup ABO. Putamenul, globul palid, corpul subtalamic, nucleul dinţat cerebelos, olivele bulbare şi cornul lui Ammon sînt impregnaţi intens în faza acută, ulterior observîndu-se rarefiere neuronală, reacţie nevroglică şi demielinizare. Clinic e dominată de tulburări extrapiramidale sub formă de distonii şi deskinezii, de tip hipertonic, tulburări de coordonare cerebeloasă şi mai rar, tulburări psihice. Prognosticul este mult ameliorat în ultimul timp graţie exanguinotransfuziei, care îndepărtează eritrocitele sensibilizate, asupra bilirubinemiei şi a capacităţii acesteia de a tulbura fosforilarea oxidativă a celulelor nervoase.

ICTUS AMNEZIC. Tulburare bruscă şi tranzitorie a memoriei. Debutul este brusc, ca şi sfîrşitul, cu o durată de cîteva minute pînă la cîteva ore, în care timp individul nu e deloc confuz şi are o comportare normală. Pentru unii autori, reprezintă o organicitate cerebrală (tumori frontale, encefalite atrofice, paralizie generală), pentru alţii, exprimă o organicitate funcţională, ca în epilepsie, de care e greu de diferenţiat.

ICTUS APOPLECTIC, *sindromul.* Debutul brusc al unei hemiplegii însoţit de pierderea cunoştinţei şi instalarea stării de comă.

ICTUS LARINGEU. Semnalat după vîrsta de 40 de ani la purtătorii unei spine iritative rinofaringiene, bronhice sau în tabes. Survine în urma unor quinte de tuse incoercibile, precedate de o stare de iritare a gîtului, cu pierderea cunoştinţei, uneori convulsii epileptiforme. Se pare că este urmarea unui reflex tusigen violent asociat cu un reflex inhibitor cardiac, res-

Scanned with OKEN Scanner

ponsabil de pierderea cunoştinţei şi de anemia cerebrală, generatoarea convulsiilor.

IDIOŢIA. Oligofrenie de grad avansat. Oprirea dezvoltării mintale a bolnavului la nivelul echivalent al vîrstei de 2 ani. Poate fi dobîndită prin agresiuni encefalice infecţioase, toxice sau traumatice, frecvent congenitală, adesea ereditară. Se însoţeşte obişnuit cu multiple malformaţii, în special craniofaciale şi de paralizii centrale. Bolnavul nu se poate înţelege cu semenii săi cu ajutorul limbajului articulat, care este total nedezvoltat, redus la emiterea unor sunete amorfe sau silabe. În general nu depăşeşte vîrsta de 25—30 ani şi este dependent social.

I.M.A.O., *acţiuni şi efecte secundare.* Inhibitorii monoaminooxidazei (I.M.A.O.) sînt folosiţi în psihiatrie ca timoanaleptici şi în cardiologie ca sedativi ai durerii coronariene. Efectele secundare sînt semnalate în special în legătură cu determinarea unei hipotensiuni arteriale cu precădere ortostatică, generatoare de ischemie cerebrală cu accidente deficitare al vîrstei aterosclerotici. Se va prescrie administrarea I.M.A.O. cu medicamente din seria reserpinicelor sau a iminodibenzililor.

IMBECILITATEA. Oligofrenie de grad mijlociu. Desemnează oprirea dezvoltării mintale a bolnavului la nivelul echivalent al vîrstei de 5—7 ani, însoţită de tulburări comportamentale care impun uneori scoaterea din mediul social. Bolnavul se poate înţelege cu semenii săi prin limbaj articulat. Nu este şcolarizabil şi nu-şi însuşeşte limbajul scris. Afecţiunea psihică se însoţeşte de manifestări variate motorii, expresie a alterărilor encefalice.

IMBECILITATEA CEREBELOATAXICĂ, *sindromul.* Descris de Barrany, este o aplazie sau hipoplazie cerebeloasă congenitală, în care inteligenţa este compromisă în acelaşi grad cu funcţiunile cerebelului. Apare la cîteva luni după naştere cu fenomene ataxice mari, generalizate, la toate acţiunile motorii, tulburări de vorbire, uneori nistagmus, lipsind tulburări de tonus muscular, de reflectivitate sau sensibilitate.

IMPRESIUNEA BAZILARĂ. Este rezultanta acţiunii de înfundare în craniu a marginilor găurii occipitale (baziocciput, condili şi partea solzoasă a occipitalului) şi a părţilor învecinate. Diagnosticul radiologic : normal odontoida nu depăşeşte o linie bazală care uneşte buza dorsală a găurii occipitale cu marginea dorsală a palatului osos (linia lui Chamberlain) în grafia de profil sau linia bimastoidiană (linia lui Fischgold) în grafia de profil. O depăşire apreciabilă a acestor linii constituie impresiunea bazilară. Etiologia : în cursul maladiilor osoase, maladia Paget, osteomalacie, rahitism, atrofie senilă, rahitism renal, lipidoze. Există şi o formă primitivă, însoţită şi de alte malformaţii ca expresie a unui viciu embrionar la nivelul elementelor formînd baza craniului. Clinic micşorarea fosei posterioare aduce după ea şi un semn de suferinţă cerebeloasă, manifestări de hipertensiune intracraniană, paralizii de nervi cranieni şi, prin presiune asupra bulbului şi măduvei cervicale, pareze ale extremităţilor cu tulburări de sensibilitate.

IMPRESIUNEA BAZILARĂ, *examen radiologic.* Beneficiază de un studiu radiologic eficace, cu condiţia să se epuizeze toate metodele radiologice pentru cercetarea joncţiunii occipitocervicale.

IMPULSIUNEA. Manifestare psihică particulară. Semnalată la unii bolnavi mintali (schizofrenici), la epileptici ş.a., caracterizată prin comiterea unor acte ce ies de sub controlul voinţei. Gama de exprimare a acestor manifestări este extrem de largă, de la cele mai neînsemnate, ticuri, la cele mai grave, omuciderea.

INCONTINENŢĂ VEZICALĂ, *sindromul.* Pierderea permanentă de urină

Scanned with OKEN Scanner

consecutivă unei acţiuni a sfincterului striat, a nervului sau, a rădăcinii sale (coada de cal) ca şi a centrului medular sacrat (S_2).

INCOORDONARE, *semnul.* Incapacitatea de a executa mişcări coordonate. Generată de afecţiuni ale sistemului nervos central, în speţă cerebelul, ale nervilor periferici sau de afecţiuni ale aparatului locomotor.

INDEX, *indice e.e.g.* Procentajul de timp ocupat de o anumită activitate, cu o amplitudine minimă specificată, într-un timp dat. Ex. index alfa 64%, pe 1 min. amplit. minimă 10 microvolţi.

INDICE GALVANOTONIC, E.D. Raportul între intensitatea cu care se obţine galvanotonusul şi intensitatea reobazei ; valoare normală între 3-5 ; patologic scade.

INDIFERENŢA CONGENITALĂ LA DURERE. Excepţional de rar întîlnită. Acţiunea oricărui stimul dureros rămîne fără răspuns. Este probabil vorba de o tulburare în procesul de integrare a durerii.

INELUL CORNEEAN, *semnul.* Vezi Kaiser-Fleischer, semnul.

INFARCTUL CEREBRAL. Vezi ramolismentul cerebral.

INFARCTUL INGRAVESCENT. Apare în urma afectării unui singur teritoriu vascular, obişnuit artera cerebrală mijlocie. Debutul este lent, cu minimă tulburare de cunoştinţă şi cu manifestări de focar progresive, fără hipertensiune arterială şi fără modificări ale l.c.r.

INFRATENTORIAL. Sinonim subtentorial. Termen utilizat în scop topografic pentru a desemna sediul subtentoriu (coasa cerebrală) a proceselor patologice, în special cele proliferative.

ÎNMUIEREA PICIOARELOR, *(dérobemment des jambes).* Criză de hipotonie acută urmată de cădere, semnalată în tumorile de ventriculul IV, interpretată de Barré ca semn al leziunii fasciculului vestibulospinal, şi în scleroza în plăci.

INSOLAŢIA. Afecţiune cu caracter congestiv a meningelui, determinată de expunerea exagerată la soare. De grade diferite, începe cu cefalee tenace însoţită de greaţă, vărsături şi ameţeli, putînd ajunge, în formele severe, la colaps, uneori coma urmată de exitus în cîteva ore.

INSOMNIA. Incapacitatea de a dormi determinată în general de tulburări în sfera psihică (nevroza), afecţiuni organice ca encefalitele, stări toxice, etc.

INSUFICIENŢA CIRCULATORIE CEREBRALĂ, *sindromul.* Determinată de o tulburare acută a circulaţiei generale cu repercusiuni asupra hemodinamicei cerebrale (hemoragii, insuficienţă cardiacă, infarct cardiac, fibrilaţie atrială etc.) survenită pe o reţea vasculară cerebrală cu alterări morfologice ale pereţilor arteriali (ateroscleroză, lues etc.) Mecanismul rămîne însă discutabil, stenoza arterială şi hipotensiunea neputînd justifica decît parţial manifestările clinice. Acestea survin brusc, cu remisiuni rapide şi relativ complete, sînt repetative şi atacă domenii dispersate, imposibil de realizat de stenoza unui singur circuit vascular. Clinic, cel mai adesea vertij, urmat de paralizii, pareze de membre şi nervi cranieni, parestezii, tulburări de vorbire etc.

INSUFICIENŢA VERTEBROBAZILARĂ. Sindrom de ischemie intermitentă în domeniul de irigare vertebrobazilar printr-un incomplet proces obliterant (ateroscleroză). Simptomatologia neurologică prezintă manifestări paroxistice cu vertij, tulburări de echilibru, cefalee, preponderent occipitonucală, tulburări de vedere cu diplopie, amauroză hemianopsie, tulburări vegetative, greaţă, vomismente, pierderi de cunoştinţă scurte, înmuiere incopletă a picioarelor, tulburări motorii în basculă, uneori şi tulburări de articulaţie verbală. Triada vertij-tulburări

Scanned with OKEN Scanner

de vedere-cefalee e cea mai comună. Caracteristic rămîn durata variabilă şi recăderea.

INTERVAL LIBER. Fenomen de mare valoare diagnostică şi prognostică semnalat în special în clinica traumatismelor craniene şi uneori în anumite accidente vasculare cerebrale. Reprezintă timpul ce se interpune ca interval lipsit aproape de orice manifestare clinică între momentul impactului traumatic sau accidentului vascular, moment marcat, obişnuit, prin scurtă pierdere de cunoştinţă şi apariţia stării de agravare progresivă pînă la comă. Acest interval poate număra cîteva ore traducînd obişnuit prezenţa unui hemotom epidural, mai rar subdural acut sau intracerebral acut, cîteva zile (3—10) indicînd existenţa unui hematom subdural subacut sau intracerebral subacut, şi în fine 2—3 săptămîni în cazul hematomului cronic subdural. Existenţa acestui interval liber indică gravitatea cazului şi necesitatea deschiderii chirurgicale de urgenţă.

INTOXICAŢIA CU ARSENIC. Vezi Arsenic, intoxicaţia.

INTOXICAŢIA CU MANGAN. Comună la muncitorii din minele de mangan. Clinic se prezintă cu rigiditate musculară, dominant dorsolombară, mers de cocoş pe trenul anterior al tălpii, mască manganică, cu mimică de involuţie psihică tremurături ce se pot generaliza la limbă şi pleoape, tulburări vasomotorii şi secretorii, cu cianoza extremităţilor, sudaţie şi sialoree. Concomitent apar semne piramidale, hiperreflectivitatea osteotendioasă şi semnul lui Hoffmann ca şi o curioasă exagerare a reflexelor abdominale. Organic leziuni preponderente în lobii frontali.

INUNDAŢIA VENTRICULARĂ, *sindromul*. În cadrul hemoragiei cerebrale revărsarea de sînge dilacerează uneori parenchimul şi, distrugînd ependimul, inundă sistemul ventricular. Coma este profundă, însoţită de o adevărată furtună vegetativă cu grave dereglări termice, de puls şi respiraţie, cu hipertonie generalizată şi semne de rigiditate decerebrată. Exitus fatal în 1—3 zile.

INVERSIUNEA FORMULEI POLARE (E.D.). Schimbarea ordinii apariţiei secuselor arătate de legea lui Pflüger ; reacţie anormală.

INVERSIUNEA REFLEXULUI CUBOIDIAN, *semnul*. Vezi semnul lui Mendel-Bechterew.

INVOLUŢIA, *sindromul*. Fenomen complex încă necunoscut total în condiţionarea lui. Obişnuit la vîrstele înaintate, poate surveni însă de timpuriu, în concurenţa unor factori circulatori, enzimatici şi endocrini care, neexcluzînd aportul genetic şi igienoalimentar, duce progresiv la instalarea unei encefalopatii prin leziuni cerebrale ireversibile. Expresia clinică este obişnuit neuropsihică, prăbuşirea neurologică şi mintală progresînd mînă în mînă.

IODOVENTRICULOGRAFIE. Metodă de diagnostic neuroradiologic cu avantaje indiscutabile, fără să poată fi socotită ca un examen de rutină. Este un examen cu mijloace de contrast. Indicaţiile sînt bine precizate. Nu este decît la îndemîna serviciilor neurochirurgicale. Constă în injectarea unei mici cantităţi de lipiodol într-un ventricul cerebral după care prin radiografii în diferite poziţii se urmăreşte circulaţia substanţei în cavităţile ventriculare. Permite mai ales, în condiţii precise de aplicare, fixarea exactă a obstacolului în circulaţia l.c.r.

ISAACS, *sindromul*. Vezi activitatea musculară permanentă, sindromul.

ISCHEMIA CEREBRALĂ, *sindromul*. Deficit circulator cerebral generat de ocluzia parţială sau completă a uneia sau mai multor artere cerebrale, prin alterări ale pereţilor vasculari, tromboze arteriale şi embolii. Ateroscleroza, arterioscleroza şi ar-

Scanned with OKEN Scanner

teriolosclereza sînt la baza majorității ocluziilor arteriale cerebrale, la care se adaugă mai rar arterita sifilitică, diabetică, tromboangeita obliterantă, periarterita nodoasă etc. Simptomatologia este în raport cu localizarea cerebrală a procesului ocluziv.

IZOCRONISM, *legea* (E.D.). Cronaxia unui nerv motor și a mușchiului inervat de acesta, în punctul motor, sînt egale. Dacă diferența devine chiar numai de la simplu la dublu a uneia față de cealaltă, transmisia nu se mai face.

Scanned with OKEN Scanner

terioloscleroza sînt la baza majorităţii ocluziilor arteriale cerebrale, la care se adaugă mai rar arterita sifilitică, diabetică, trombangeita obliterantă, periarterita nodoasă etc. Simptomatologia este în raport cu localizarea cerebrală a procesului ocluziv.

IZOCRONISM, *legea* (E.D.). Cronaxia unui nerv motor şi a muşchiului inervat de acesta, în ounctul motor, sînt egale. Dacă diferenţa devine chiar numai de la simplu la dublu a uneia faţă de cealaltă, transmisia nu se mai face.

Scanned with OKEN Scanner

J

JACKSON, *sindromul.* Este un sindrom parţial posterior al bulbului. Constă din paralizia homolaterală a vălului palatin, a corzii vocale inferioare, a sternocleidomastoidianului, a trapezului şi a jumătăţii limbii de aceeaşi parte.

JACKSONISM, *sindromul.* Complement folosit curent în desemnarea accesului clinic de epilepsie parţială (vezi epilepsia jacksoniană).

JACOB, *sindromul.* Sinonim sindromul de rigiditate musculară senilă. Este reprezentat prin manifestări akinetohipertonice similare celor întîlnite în parkinsonism şi este generat de arterioscleroza cerebrală avansată.

JAKOB-CREUTZFELD, *boala.* Afecţiune foarte rară cu autonomie nozologică stabilită, determinată de o degenerescenţă gravă difuză a scoarţei cerebrale, predominantă în regiunile frontale şi parietale ascendente, în special la nivelul straturilor corticale III, V şi VI, fără ca astfel de leziuni să lipsească de la nivelul nucleilor de la bază, creieruşului şi coarnelor anterioare ale măduvei. Apare în jurul vîrstei de 40 de ani şi se caracterizează prin tulburări mintale progresive, apatie, confuzie mintală halucinatorie cu complemente uneori de tip Korsakov, la care se asociază o simptomatologie piramidală spasmodică intensă, semne ataxice şi striate. Evoluţia este rapid progresivă (2—3 ani). Etiologia rămîne încă complet necunoscută.

JACOBSOHN-LASK, *semnul.* Semnalat în leziunile căilor piramidale, uneori şi la indivizi cu hiperexcitabilitate nervoasă. Constă în determinarea contracţiei flexorilor digitali prin percuţia cu ciocanul de reflexie a epifizei inferioare radiale. Acelaşi fenomen a mai fost descris de Kempner, în 1926.

JACOD, *sindromul.* Sinonim sindromul petrosfenoidal. Face parte din grupa paraliziilor asociate de nervi cranieni. Afectează progresiv nervul optic, motor-ocularul comun, pateticul, motor-ocularul extern şi ramura oftalmică a trigemenului. Clinic, oftalmoplegie, anestezie oftalmică, cecitate, stare general progresiv alterată. Este generat de propagarea intracraniană a sarcoamelor trompei lui Eustache.

Scanned with OKEN Scanner

JAFFÉ-LICHTENSTEIN, *boala.* Displazie fibroasă a oaselor, osteoză fibro-geodică, cu predilecţie pentru oasele lungi şi la unilateralitate. Apare în copilărie, cu dureri, fracturi multiple şi spontane, deformaţii osoase. Localizarea rarisimă la nivelul corpilor vertebrali, sub aspect geodic sau pseudoangiomatos, se însoţeşte de un sindrom de compresiune medulară.

JAMAIS-VU, *semnul.* Expresie folosită curent în desemnarea unei senzaţii stranii, de a nu recunoaşte subit persoane şi peisaje familiare. Această stare poate premerge apariţia unui atac epileptic.

JARGONAFAZIA, *semnul.* Întîlnit în afazie. Constă în folosirea de către bolnav a unor cuvinte noi, fabricate de el şi lipsite de înţeles.

JARGONOGRAFIA, *semnul.* Apare în cursul afaziei însoţită de cecitate verbală. Exprimă alterarea scrisului cu exprimarea grafică a unor cuvinte inventate, lipsite de sens.

JARGONOREE. Logoree la un afazic senzorial cu jargonafazie.

JEFFERSON, *sindromul.* Realizat de anevrismele carotidei interne în porţiunea intracavernoasă. Sînt descrise trei variante clinice, în raport cu dezvoltarea pe plan sagital a anevrismului carotidocavernos. În prima variantă, anterioară, numai ramura trigeminală superioară oftalmică, participă, pe lîngă paraliziile motor-oculariIor la manifestările clinice. În a doua variantă sunt angajate cele două ramuri trigeminale superioare, adică oftalmica şi ramura maxilarului superior. În a treia variantă, posterioară, se realizează sindromul cavernos posterior, sinonim sindromul găurii rupte posterioare (vezi cap. resp.).

JENDRASSIK, *manevra.* Este o metodă de uşurare a apariţiei reflexului patelar prin slăbirea tonusului cvadricipital. Se recomandă bolnavului să tragă puternic de mîinile sale strîns unite, timp în care se percută cu ciocanul de reflexe tendonul cvadricipital.

JOFFROY, *semnul.* Sinonim piciorul bot tabetic. Este o manifestare a tulburărilor trofice ale tabesului, determinată de atrofia micilor muşchi ai piciorului şi a musculaturii anteroexterne a gambei.

JOLLY, *reacţia.* Vezi reacţia miastenică a lui Jolly.

JONCŢIUNEA OCCIPITOCERVICALĂ, *examen radiologic.* Singura metodă de examinare rămîne examenul tomografic. În diagnosticul malformaţiilor adesea de origină congenitală, examenul tomografic se face în scopul de a determina liniile de reper şi raportul acestor linii cu odontoida. Liniile de reper se caută pe secţiuni tomografice în plan sagital şi frontal : pe imaginile de profil, linia Chamberlain, linia McGregor, raportul dintre atlas şi condilii maxilarelor ; pe imaginile de faţă liniile Fischgold-Metzger : linia bimastoidiană şi linia digastrică.

JOSEPH, *sindromul.* Paramiloidoză, caracterizată prin convulsii, manifestări extrapiramidale sub formă de atetoză, cu un rinichi hipoplastic, iar biologic prin aminoacidurie, proline şi oxiproline.

JOZ-STERLING, *semnul.* Semn foarte comun în nevroza astenică, în special la femei, exprimînd o intensă hiperexcitabilitate nervoasă. Se pune în evidenţă la invitaţia de închidere a ochilor, care este urmată de tremurături ale pleoapelor, asemănătoare bătăilor aripilor unei păsări.

JUCOVSKI, semnul. Întîlnit în leziunile căilor piramidale. Evidenţiat prin percuţia cu ciocanul de reflexe a bazei de inplantare a degetelor piciorului care determină flexiunea plantară a acestora.

Scanned with OKEN Scanner

K

KAHLER, *boala.* Vezi plasmocitomul.

KAHN, *semnul.* Prezent în secţiunile nervilor periferici ai membrelor superioare. Constă în absenţa picăturilor de sudoare normal prezente în şanţul dintre crestele cutanate ale pulpelor degetelor.

KAKKE. Denumirea japoneză a tulburărilor determinate de avitaminoza B (Vezi Beri-Beri).

KAYSER-FLEISCHER. Semn patognomonic în degenerescenţa hepatolenticulară. Constă în prezenţa unui inel corneean sub forma unei benzi brun-verde-aurie de 2 mm lărgime, situat pe faţa posterioară a corneii, la limita limbului. Obişnuit vizibil la luminare directă, este uneori necesar a fi cercetat cu lampa cu fantă. Corespunde depunerii cuprului la nivelul membranei Bescemet.

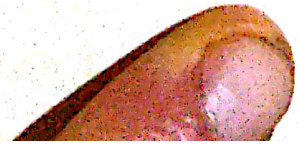
KECK, *sindromul.* Vezi sindromul canalului tarsian.

KEHRER, *semnul.* Semnalat în hipertensiunea intracraniană. Constă în determinarea unei dureri vii prin compresiunea punctelor de emergenţă ale nevrilor suboccipitali între apofiza mastoidă şi linia mediană.

KEMPNER, *semnul.* Vezi Jakobsohn-Lask, semnul.

KENNEDY-FOSTER, *sindromul.* Vezi sindromul Foster-Kennedy.

KERATITA NEUROPARALITICĂ, *sindromul.* Consecinţă a alterării fibrelor senzitive trigeminale ale corneei, determinată de cauze mecanice, tumorale, infecţioase sau de intervenţii terapeutice asupra trigemenului (traumatisme craniene, tumori ale ganglionului Gasser sau de unghi pontocerebelos, leziuni vasculare bulboprotuberanţiale, infecţii zonatoase, gasserectomia, neurotomia retrogasseriană etc.) Forma superficială se prezintă ca o tulburarea cu pierderea luciului corenean prin desepitelizarea corneeană, ce poate fi ameliorată prin blefarorafie de protecţie. Forma profundă care succedă evolutiv, prezintă ulceraţii superficiale, ce se pot suprainfecta, şi opacifierea corneei prin infiltrarea straturilor profunde.



KERATITA ZOSTERIANĂ. Complicaţie a zonei oftalmice, însoţită de erupţie zonatoasă a epiteliului corneean, cu vezicule superficiale şi ulceraţii punctiforme. La vîrstnici se produce obişnuit, după o evoluţie severă, infiltraţia parenchimatoasă a corneei, cu ulcere suprainfectate şi participare iridociliară.

KERNIG, *semnul.* Simptom meningoradicular caracteristic sindromului meningean. Se pune în evidenţă în trei modalităţi : în poziţia de decubit dorsal, se ridică membrul inferior în extensie, ca în manevra Lassegue, acţiune ce se complimentează din partea bolnavului cu flexiunea genunchiului ; în poziţie şezîndă, bolnavul nu poate sta cu membrele inferioare în extensie, flexîndu-şi genunchii ; în picioare, bolnavul nu-şi poate înclina trunchiul în unghi drept fără a-şi flecta genunchii.

KERR, *semnul.* Face parte din tulburările trofice care însoţesc leziunile măduvei spinării. Reprezintă tulburările trofice ale pielii dispuse sub nivelul leziunii medulare.

KESTENBAUM, *sindromul.* Sindromul apeducului lui Kestenbaum. Apare obişnuit în afecţiuni locale, inflamatorii sau proliferative şi se caracterizează printr-o simptomatologie preponderent oculară, cu nistagmus retractorius, nistagmus vertical şi de convergenţă, paralizia mişcărilor oculare de verticalitate, spasm de convergenţă, anomalii pupilare şi contracţia patologică a pleoapei.

KIENBÖCK, *fenomenul radiologic.* Observat în paraliziile de hemidiafragm. Constă în ridicarea paradoxală a diafragmului de partea paralizată în timpul inspiraţiei, în timp ce hemidiafragmul sănătos coboară.

KINANESTEZIE. Tulburare în sfera sensibilităţii profunde caracterizată prin pierderea senzaţiei de mişcare. Semnalată în afecţiunile care angajează căile sensibilităţii profunde.

KINESITHERAPIA. Terapia prin mişcare, folosită cu succes în acţiunea de reeducare şi readaptare a infirmilor motori neurologici, reumatici, ankilozaţi etc.

KINEZIA PARADOXALĂ, *fenomenul.* Semnalat în cadrul sindromului parkinsonian. Constă în capacitatea surprinzătoare şi paradoxală pe care o manifestă astfel de bolnavi, imobilizaţi prin hipertonia contracturantă a afecţiunii lor de a executa subit şi pe durată scurtă, sub imperiul unei emoţii puternice, unele acţiuni de mare agilitate ca fuga, săritura, coborîrea scărilor etc.

KINSBOURNE, *boala.* Encefalopatie mioclonică a sugarului între vîrstele de 9—20 luni, cu instalare rapidă, fără nici un alt semn neuropsihic, în afara unor mioclonii sporadice, predominînd la faţă şi mai ales la pleoape.

KISCH, *reflexul.* Sinonim reflexul de închidere a ochilor. Se produce prin presiune asupra nervului supraorbitar sau prin stimularea canalului auditiv extern. Reflexul dispare în afectarea perechii a VII-a craniene.

KISSEL, *sindromul.* Reprezintă epilepsia surveniă la cardiaci, determinată de insuficienţa circulaţiei venoase.

KLEINE-LEVIN, *sindromul.* Sindromul asociază o hipersomnie periodică cu o foame anormală, denumită megafagie. Apare la bărbaţi între 10—20 ani, în cîteva episoade, anual, de circa o săptămînă, în care timp bolnavul doarme mult, mănîncă mult şi bea puţin. Se însoţeşte de supraexcitabilitate sexuală, de semne psihice polimorfe, obişnuit nevrotice şi tulburări de comportament. Este considerat de natură nevrotică sau organică (tumorală, encefalitică sau funcţională, prin dezechilibrul funcţiilor fiziologice), leziunea avînd sediul în hipotalamus.

KLEIST, *sindromul.* Vezi sindromul apatico-akinetico-abulic.

Scanned with OKEN Scanner

KLIPPEL, *sindromul.* Asociază polinevrita alcoolică, sindromul Korsakov şi leziuni severe ale parenchimului hepatic, cu ciroză ascitogenă persistentă.

KLIPPEL-FEIL, sindromul. Descris de Klippel şi Feil, în 1912, sub numele de sindromul „oamenilor fără gît". Se caracterizează anatomic şi radiologic prin fusiunea congenitală şi reducerea numerică a unui număr variabil de vertebre cervicale, cu rachischisis al primelor arcuri. Tulburarea embrionară survine probabil în timpul procesului de gastrulaţie. Aspectul clinic este caracteristic, cu gîtul scurt, implantare joasă a părului şi limitarea mişcărilor de lateralitate.

KLIPPEL-TRENAUNAY, *boala.* Sinonim hemangiectazia hipertrofică Parkes Weber. Este un hemangiom cu dezvoltarea şi dilatarea impresionantă a vaselor venoase, însoţit de hipertrofia ţesuturilor moi şi ale oaselor. Localizat obişnuit unilateral şi distal, apare în cea mai fragedă copilărie, membrul afectat depăşind în toate diametrele congenerul său sănătos.

KLIPPEL-WEIL, semnul. Semn patologic de afecţiune piramidală ajunsă în faza spastică. Se determină prin deflectarea pasivă a unuia dintre cele trei degete mediane de la mîna pacientului aflate în poziţie de flexiune palmară. Manevra determină hiperflexiunea policelui.

KLUMPKE, *paralizia tip.* Paralizia plexului brachial inferior caracterizată prin afectarea musculaturii mîinii şi antebraţului. Interesează exclusiv cubitalul, medianul şi zona distală a radialului. Procesul patologic poate interesa concomitent simpaticul cervical, adăugînd la simptomatologia de mai sus şi sindromul Horner.

KLUVER-BUCY, *sindromul.* Realizat iniţial experimental pe maimuţă după lobectomie temporală bilaterală. Constă în foame exagerată, cecitate psihică, abolirea tendinţelor agresive şi a senzaţiei de teamă, la care se adaugă un comportament caracteristic cu hipersexualitate şi folosirea exagerată a nasului şi gurii pentru obiecte atît alimentare cît şi de altă natură. Semnalat ca sekelă demenţială a encefalitei hepatice.

KNAPP, sindromul. Pseudoataxia lui Knapp, frecvent prezentă în tumorile şi abcesul lobului temporal. Este expresia unei tulburări de coordonare statică, scăpată de sub controlul lobului temporal. Constă în lateroretropulsiune pînă la astazieabazie.

KNAPP, *triada.* Prezentă în tumorile de lob temporal. Constă în midriază paralitică, hemipareză faciobrachială heterolaterală şi ataxie cerebeloasă.

KOENEN, *tumorile.* Fac parte din manifestările patognomonice cutanate ale sclerozei tuberoase Bourneville. În speţă, este vorba de fibroame, care apar la nivelul rebordului unghial, uneori numeroase, cu aspect în ciorchine.

KOJEVNIKOW. Sinonim epilepsia parţială continuă. Generată de leziuni cortico-subcorticale ale unei encefalite evolutive sau sekelare. Se caracterizează prin mioclonii ample, de frecvenţă foarte mare, uneori subintrante, localizate întotdeauna în acelaşi teritoriu, peste care se pot suprapune crize motorii focale.

KORNZWEIG-BASSEN, *sindromul.* Vezi sindromul Kornzweig-Bassen.

KORSAKOV, *boala.* Psihoză de etiologie alcoolică. La tulburările mintale, caracterizate prin amnezie şi confabulaţie, se adaugă polinevrita.

KORSAKOV, *sindromul.* Elementul psihic din boala Korsakov se întîlneşte şi în alte afecţiuni, ca demenţa senilă şi arteriosclerotică, stări toxice şi mai ales după traumatismul cranian. Se caracterizează prin instalarea unei amnezii accentuate retro şi anterograde, confabulaţie şi false recunoaşteri.

Scanned with OKEN Scanner

KRABBE, *boala.* Forma infantilă a leucodistrofiei familiale progresive. Apare în primul an de viaţă cu hipotonie ce se transformă progresiv în rigiditate excesivă la verticalizare, cu membrele inferioare dispuse în foarfece, cu tendinţă la torsionare a membrelor superioare, tulburări de deglutiţie şi masticaţie ce duc la caşexie terminală în 2—3 ani.

KRAPF-CURTIS, *sindromul.* Semnalează leziuni ale lobului parietal şi se manifestă prin alexie, apraxie şi acalculie.

KREINDLER, *proba.* Este proba solicitării antigravitice cercetată în diferenţierea tremurăturilor de origine cerebeloasă de cele extrapiramidale. Constă în executarea manevrei indice-nas cu mîna care duce în acelaş timp şi o greutate de 500—1 000 g. Tremurăturile cerebeloase se atenuiază pînă la dispariţie, cele extrapiramidale rămînînd nemodificate.

KREINDLER, *semnul.* Sinonim semnul indicelui, prezent în coreea acută şi folosit în diagnosticul formelor fruste. Constă în punerea în evidenţă a incapacităţii bolnavului de a ţine degetul index întins, care schiţează tendinţa la flexiune. Atestă incapacitatea bolnavului de a menţine poziţii voluntare.

KUBIK-ADAMS, *sindromul.* Sinonim sindromul arterei bazilare. Determinat de leziuni ateromatoase ale trunchiului arterei bazilare cu inerentă ischemie a teritoriilor irigate, mai mult sau mai puţin trecătoare. Clinic cefalee, senzaţie vertiginoasă, obnubilare, cu pierderi de conştinţă pînă la comă, tulburări de vorbire, tulburări de deglutiţie, paralizii ale perechei a VII-a, iar în stările persistente, simptomele sindromului pseudobulbar cu rîs şi plîns spasmodic. Obliterarea definitivă a bazilarei determină tetraplegie cu comă profundă şi exitus.

KUBISAGARI, *maladie.* Numele sub care este cunoscut în Japonia vertijul paralizant Gerlier.

KUFS, *boala.* Tesaurismoză fosfolipidică cu degenerescenţă cerebromaculară. Formă juvenilă tardivă (15—20 ani) a maladiei lui Tay-Sachs. Predomină semnele extrapiramidale, cerebeloase şi retinita pigmentară. Evoluţie lentă, progresivă.

KUGELBERG-WELANDER, *boala.* Sinonim atrofia musculară spinală pseudomiopatică. Boală eredofamilială cu debut fie la vîrsta infantiljuvenilă, fie la vîrsta adultului, insidios, cu deficit simetric şi progresiv, atrofii musculare lent progresive şi fasciculaţii, cu dispariţia rapidă a reflexelor idiomusculare şi osteotendinoase. Uneori apar deformări articulare cu artrogripoză multiplă. Biopsia musculară arată o atrofie neurogenă.

KULE, *sindromul.* Sinonim mioclonus multiplex fibrilar al lui Kule. Afecţiune integral superfezabilă maladiei lui Morvan.

KÜMMEL-VERNEUIL, *boala.* Sinonim spondilita traumatică. Localizată cu predilecţie la coloana vertebrală dorsolombară (T_9—L_3), se caracterizează radiologic prin deformare progresivă a vertebrei (aspect obişnuit cuneiform) cu anagajarea în procesul deformant şi a discului intervertebral. Patogenia complexă este încă discutabilă. Evoluţia în timp îndelungat faţă de traumatismul iniţial moderat pledează pentru un proces progresiv de osteoporoză şi restructurare, în care tulburări vazomotorii reflexe ar juca un rol important. Clinic, algii radiculare pînă la simptome de compresiune medulară, uneori cu prezenţa posibilă a unei gibozităţi.

KUNKEL, *test de laborator.* Probă valoroasă în diagnosticul aterosclerozei şi al hipertensiunii. Constă în precipitarea lipidelor serice cu o soluţie de fenol în ser fiziologic.

Scanned with OKEN Scanner

KURU, *boala*. Formă de encefalopatie spongiformă, al cărui nume înseamnă „tremurătură". Identificată în 1857 de Zigas şi Gajdusek în Noua Guinee. De două ori mai frecventă la femei decît la bărbaţi, boala pare determinată de un virus din clasa slow-virus. Nu se cunoaşte nici o gazdă afară de om şi transmiterea pare a se face prin canibalism. Clinic se caracterizează printr-o ataxie cerebeloasă progresivă, prin afectarea paleo şi neocerebelului.

Scanned with OKEN Scanner

KURU, *boala*. Formă de encefalopatie spongiformă, al cărui nume înseamnă „tremurătură". Identificată în 1857 de Zigas şi Gajdusek în Noua Guinee. De două ori mai frecventă la femei decît la bărbaţi, boala pare determinată de un virus din clasa slow-virus. Nu se cunoaşte nici o gazdă afară de om şi transmiterea pare a se face prin canibalism. Clinic se caracterizează printr-o ataxie cerebeloasă progresivă, prin afectarea paleo şi neocerebelului.

Scanned with OKEN Scanner

L

LACUNARISMUL CEREBRAL, *sindromul.* Sindrom anatomo-clinic determinat de numeroase şi repetate mici ictusuri vasculare cu dezintegrări parenchimatoase consecutive, răspîndite bilateral şi difuz în masa cerebrală, generate de insuficienţă circulatorie în vasele alterate, mijlocii şi mici, din teritoriul profund şi cortical. Clinic, iniţial semne intermitente de insuficienţă circulatorie cerebrală, cu ameţeli, tulburări de vorbire, vizuale, pareze etc., toate trecătoare dar reversibile. În perioada de stare se afirmă semne manifeste de suferinţă piramido-extrapiramidală, cu tulburări psihice moderate, însoţite de modificări arterioclerotice ale fundului de ochi, de manifestări de aceeaşi natură a altor organe şi de reacţii biologice orientative.

LAFORA, *boala.* Afecţiune izolată din grupul epilepsiilor mioclonice progresive şi familiale. Este o formă ereditară cu caracter recesiv autosomal. Apare între 10—20 ani, epilepsia putînd preceda miocloniile, care devin difuze, permanente şi asincrone. Afecţiunea se asociază cu deteriorare mintală precoce şi rapidă, uneori cu disartrie, ataxie şi tulburări de tonus. Prezenţa corpilor lui Lafora, intra şi extra neuronali la nivelul sistemului nervos central, a căror natură este o mucopolizaharidă, marchează specificitatea maladiei.

LAGOFTALMIA, *semnul.* Element clinic foarte important în simptomatologia paraliziei facile periferice. Se manifestă prin deschiderea permanentă a fantei palpebrale, determinată de paralizia scoborîtorului pleoapei (muşchiul orbicular al pleoapei) inervat de nervul facial. Prezenţa sa este elementul de bază în diagnosticul diferenţial dintre paralizia facială periferică şi cea de tip central, în aceasta din urmă lagoftalmia lipsind. Se însoţeşte de rărirea şi superficialitatea clipitului, de micşorarea secreţiei lacrimale şi, secundar acestor fenomene, în eventualitatea unei evoluţii nefavorabile şi de lungă durată, de keratita lagoftalmică.

LAMBDA, *e.e.g.* Vezi unde lambda.

LANDOUZY-DÉJÉRINE, *boala.* Vezi miopatia facioscapulohumerală.

Scanned with OKEN Scanner

LAMINECTOMIA, *intervenţie chirurgicală*. Deschiderea chirurgicală a canalului rahidian prin rezecţia arcului posterior a uneia sau a mai multor vertebre, în vederea abordării meningelor, măduvei, rădăcinilor rahidiene sau a feţei posterioare a corpurilor vertebrale.

LANCASTER, *testul*. Pus în evidenţă prin examen oftalmologic şi folosit în diagnosticul obiectiv al diplopiei. Este un test de proiecţie şi se bazează pe principiul determinării precise a diferenţei dintre proecţiile imaginilor percepute de foveele ambilor ochi.

LANDRY, *sindromul*. Sinonim paralizia acută ascendentă, mielita ascendentă. Este semnalat în special în stări inflamatorii ale măduvei spinării, ca poliomielita acută, poliradiculonevritele şi mielitele. În asemenea cazuri, în prezenţa unui tablou febril, paraliziile afectează în mod simetric membrele inferioare, avînd un mers progresiv ascendent, cu prinderea succesivă a trunchiului, membrelor superioare şi, în final, a musculaturii respiratorii, cu moartea iminentă. Introducerea în terapie a mijloacelor moderne de respiraţie asistată, (plămînul de oţel) a schimbat simţitor prognosticul acestei afecţiuni, considerată în trecut ca fatală.

LANGDON-DOWN, *boala*. Vezi mongolismul, boala.

LARINGOPLEGIA, sindromul. Desemnează paralizia uni sau bilaterală a corzilor vocale. Paralizia unilaterală cunoscută şi sub numele de hemiplegie laringee, este întîlnită în stare pură în leziuni recurenţiale, sau asociată cu alte paralizii, cînd afectarea pneumogastricului are loc parabulbar sau intrabulbar. Paralizia laringee bilaterală, denumită şi diplegia laringee, este determinată de atingeri recurenţiale bilaterale, sau prezentă în afecţiuni bulbare obişnuit vasculare, inflamatorii, mai rar proliferative, sau de un atac isteric. Clinic tulburările de vorbire, vocea bitonală sau, respectiv, afonia şi tulburările respiratorii deţin primul plan. În formele fruste examenul laringoscopic este revelator.

LARINGOSPASMUL, *sindromul*. Constă din închiderea glotei prin contracţia tonică a constrictorilor. Este determinată fie pe cale reflexă, prin iritarea laringelui superior şi a pneumogastricului (inhalarea vaporilor şi a gazelor iritante, corpi străini în conductul laringotraheal, tumori mediastinale, anevrisme ale aortei etc.) fie de origine centrală (epilepsie, turbare, tetanos, tetania adultului, tabes, scleroză în plăci, sekele encefalitice, isterie etc.). Tabloul clinic este elocvent manifestat prin tuse imperioasă şi convulsivă, urmată de inspiraţii zgomotoase cu apogeul spasmodic, însoţit de cianoză, exoftalmie şi agitaţie. Uneori intensitatea fenomenelor reclamă traheotomia.

LARREY, *semnul*. Întîlnit în nevralgia sciatică. Este determinat de un proces de elongaţie a nervului sciatic cu ocazia aşezării grăbite a bolnavului pe un scaun. Acţiunea determină o durere vie de-a lungul nervului bolnav.

LASÈGUE, *semnul*. Foarte important în diagnosticul nevralgiilor sciaticului. Constă în provocarea durerii dealungul sciaticului bolnav printr-o manevră de elongare a nervului. Obişnuit fenomenul se produce prin ridicarea de către examinator, bolnavului aflat în decubit dorsal, a membrului inferior afectat la o înălţime ce depăşeşte unghiul de 45° cu planul patului. Simpla ridicare a membrului inferior în acest fel, determină sau amplifică durerea sciatică.

LATEROPULSIUNEA, *semnul*. Întîlnit în afecţiunile unilaterale ale cerebelului. Constă în prezenţa unei tulburări concrete de echilibru, exprimată prin devierea corpului în timpul mersului spre partea emisferului cerebelos afectat, însoţită uneori de o senzaţie neplăcută de atracţie în această direcţie.

Scanned with OKEN Scanner

LATIRISM, *intoxicaţia.* Afecţiune întîlnită la om şi animale după consumul unor specii toxice de mazăre furajeră : Lathyrus cicera, Lathyrus satiras, Lathyrus clymenum sau Lathyrus palustris, determinată, pare-se, de un alcaloid, latirina, sau de o toxalbumină, conţinute de aceste plante. Debutul se manifestă prin parestezii în jumătatea inferioară a corpului cu tulburări sfincteriene şi urmat de paraplegie spastică fără tulburări de sensibilitate, precum şi de tremurături ale membrelor superioare. Evoluţia, obişnuit, este severă, recuperarea motorie nefiind adesea posibilă decît după mai mulţi ani.

LAURENS, *semnul.* Sinonim strigătul piemiei. Întîlnit în stările inflamatorii ale sinusului lateral, cu punct de plecare mastoidian. Constă în determinarea unei dureri intense prin presiunea în lungul şi înapoia marginei posterioare a mastoidei.

LAVERIÉ, *sindromul.* Formă rară de paralizie periodică familială flască, determinată de modificări intermitente electrolitice şi energetice musculare, însoţită de tulburări ale repolarizării miocardice.

LĂZĂRESCU, *semnul.* Prezent în paralizia de nerv median. În manevra de strîngere a mîinii examinatorului, indicele bolnavului nu se flectează ca celelalte degete, rămînînd izolat în uşoară extensie, şi afectînd uneori poziţia în pistol.

LĂZĂRESCU şi BEGU, *semnul.* Prezent cu o frecvenţă remarcabilă în sindromul subiectiv posttraumatic. Constă în hipotensiunea arterei centrale a retinei, care, în cele mai multe cazuri, înregistrează valori scăzute pînă la jumătate faţă de normal.

LEBER, *boala.* Expresia principală a afecţiunii este atrofia optică familială şi hereditară. Patogenia încă neprecizată, pare a fi legată de un viciu metabolic, a cărui manifestare obiectivă este atrofia optică. Apare cu predilecţie la bărbaţi, uneori chiar şi la o vîrstă mică. La femei debutul e mai tardiv, între 30—40 ani. Este o nevrită axială retrobulbară care, deşi progresivă, nu duce niciodată la cecitate completă. Se citează semne concomitente ca iritabilitate, stări melancoliforme, tulburări endocrine, epilepsie etc.

LEGEA LUI DU BOIS RAYMOND, *electrologie.* Excitaţia unui nerv nu este în funcţie de valoarea absolută a intensităţii unui curent electric la un moment dat, ci de fluctuaţiile acestei intensităţi ; excitaţia este proporţională atît cu mărimea variaţiei intensităţii cît şi cu rapiditatea cu care se produc aceste variaţii. (Legea aceasta este valabilă numai între anumite limite).

LEGEA LUI PFLÜGER, *formula polară, electrologie.* Reprezintă ordinea apariţiei secusei la excitarea punctului motor cu curent galvanic cu intensitate progresiv sporită, la închiderea (I) şi deschiderea (D) circuitului, în raport cu polaritatea electrodului excitator (N=negativ ; P=pozitiv). Deci IN>IP> DP>DN

LEIGH, *boala.* Este encefalopatia necrozantă subacută a copilului, cu spongioză difuză, localizată preferenţial la formaţiunile cenuşii de la bază şi trunchi cerebral, cu leziuni necrotice şi simetrice, fără a ocoli însă scoarţa cerebrală.

LEJONNE şi LHERMITTE, *sindromul.* Vezi paraplegia lacunară a lui L.L.

LEKURU, *boala.* Vezi Kuru, boala.

LELONG, *boala.* Vezi hipotonia musculară solitară.

LENNOX, *sindromul.* Petit mal epileptic electroclinic, caracterizat printr-un traseu electroencefalografic tipic, cu complexe vîrf-undă de 3 c/s, ce apar bilateral, simetric şi sincron pe toate derivaţiile, însoţit de absenţă cu pierderea scurtă a cunoştinţei, fără convulsii.

LENOBLE-ALBINEAU, *sindromul.* Afecţiune eredofamilială rară, caracterizată prin nistagmus congenital, fasciculaţii

Scanned with OKEN Scanner

musculare, la care se asociază tremurături ale capului şi membrelor precum şi tulburări vasculovegetative.

LENTIGINOZA CENTROFACIALĂ NEURODISRAFICĂ, *boala*. Descrisă de Touraine, în 1941. Este o neuroectodermoză congenitală, cu ereditate dominantă. Se caracterizează prin lentiginoza centrului feţei, tulburări neuropsihice de ordin intelectual şi caracterial şi malformaţiuni de ordin disrafic. Se poate considera că gliomatoza care însoţeşte disrafia se întinde spre encefal determinînd tulburările neuropsihice şi spre regiunea hipofizară generînd pigmentarea particulară a feţei şi uneori un sindrom adipozo-genital.

LEONTIASIS OSSEEA, *boala*. Afecţiune rară, discutabilă încă nosologic, înrudită poate cu maladia lui Paget, după unii autori fiind o formă clinică a acesteia. Este mai mult un sindrom morfologic, cu hipertrofie osoasă a maxilarelor superioare şi a frontalului, realizînd un facies leonin caracteristic. Edemul papilar este frecvent, însoţit uneori de tulburări de vedere. Diagnosticul radiologic este preţios, oasele afectate apărînd cu un aspect masiv marmorat.

LEPRA ANESTEZICĂ, *boala*. Sinonim lepra nervoasă. Apare după o lungă evoluţie a bolii, caracterizată prin succesiunea unor determinări cutanate maculare şi buloase, după care se instalează adevăratele semne nervoase. Acestea sînt reprezentate iniţial prin dureri paroxistice în membre, cu îngroşări palpabile ale cordoanelor nervilor periferici, după care apar amiotrofii la muşchii mîinii, ai plantei şi gambei, cu diformări caracteristice în ghiară cubitală etc. Fenomenele sînt însoţite de anestezia tegumentelor, obişnuit pentru toate sorturile de sensibilitate, uneori cu aspect disociativ, singura sensibilitate percepută fiind cea tactilă, precum şi de tulburări trofice cutanate cu ulceraţii profunde, urmate de mutilaţii.

LEPTOMENINGITA, *boala*. Reprezintă inflamaţia meningelui moale. Formele acute, obişnuit consecutive unor agresiuni virotice, se caracterizează prin congestia vaselor piale cu exudat redus, edemul corespondent afectînd un aspect uşor gelatinos, transparent. Formele cronice însoţesc inflamaţiile cronice ale nevraxului, în special sifilisul nervos şi sînt comune traumatismelor craniocerebrale, unde îngroşările meningeale merg paralel cu reacţia fibrogliozică reparatoare a ţesutului nervos adulterat. În formele acute simptomatologia infecţioasă este expresivă, sau poate lipsi, în timp ce în formele cronice apar semne neurologice de focar, atrofia optică, hemipareze, epilepsia etc. Formele generate de germeni, în special cele care însoţesc infecţii de vecinătate, sînt deosebit de severe.

LEPTOSPIROZELE. Reprezintă determinarea unor boli infecţioase acute cu caracter obişnuit sezonier, epidemic şi endemic, prin specii patogene aparţinînd genului Leptospira, care pătrund în organism prin leziuni tegumentare, mucoase sau conjunctivale şi care au o afinitate deosebită pentru ţesuturile hepatic, renal şi sistemul nervos central. După o incubaţie de 7—14 zile apar manifestările clinice cu o evoluţie bifazică. Prima fază, septicemică, de circa o săptămînă, se însoţeşte de hepatosplenomegalie şi erupţie cutanată pe fondul unei stări infecţioase profunde, din care nu lipseşte meningismul sau chiar meningita leptospirotică. Urmează o acalmie, după care apare faza a doua, organică, cu febră şi cu alterarea accentuată a stării generale. Meningita este localizarea frecventă, uneori cu întreg tabloul clinic obişnuit (meningita tinerilor porcari, determinată de Leptospira pomona) cu aspectul tipului seros, cu hipercitoză pînă la cîteva sute de elemente pe mm^3 şi limfocitoză predominentă. Teste biologice, ca izolarea leptospirei, reacţia de aglutinare, reacţia de fixare a comple-

Scanned with OKEN Scanner

mentului, inocularea la cobai de sînge, culturi, etc. precizează diagnosticul.

LEREBOULLET-BRISSAUD, *sindromul.* Vezi hemicranioza.

LÉRI, *semnul.* Simptom ce traduce leziuni ale căilor piramidale, evidenţiat la membrul superior. Constă în evidenţierea lipsei de contracţie a bicepsului în timpul flexiunei pasive a pumnului.

LÉRI, *semnul.* Sinonim semnul lui Laségue în ortostaţiune. Întîlnit în sciatica vertebrală, el reprezintă expresia elongaţiei dureroase. Este determinat prin aplecarea trunchiului înainte, acţiune care se însoţeşte de durere vie dealungul sciaticului afectat.

LÉRI, *sindromul.* Afecţiune nervoasă de origină luetică. Se caracterizează prin prezenţa de amiotrofii simetrice ale mîinilor, picioarelor şi gambelor, la care se asociază tulburări de sensibilitate profundă, abolirea reflexelor osteotendinoase, modificări pupilare caracteristice şi paralizii de nervi cranieni, printre care atingerea perechei a VI-a este cea mai comună. Reacţiile biologice, pozitive pentru lues, orientează diagnosticul.

LESH NYHAN, *sindromul.* Afecţiunea apare la copii, chiar foarte tineri, şi la adulţi, cu incidenţă sporadică sau familială. Se caracterizează, clinic, prin tetrapareză progresivă de tip extrapiramidal, cu mici mişcări coreoatetozice, tulburări ale mimicei faciale, lejeră arieraţie mintală şi osteoartropatii uricemice generalizate de gravitate variabilă. Nu se pot face încă aprecieri asupra relaţiilor eventuale între afecţiunea neurologică şi maladia artropatică gutoasă generalizată.

LEŞINUL. Constă în abolirea subită şi pasageră a cunoştinţei şi a motilităţii, determinată de o încetare mai mult sau mai puţin completă a inimii, sau de o tulburare circulatorie cu diminuarea debitului hematic la nivelul trunchiului cerebral sau al emisferelor cerebrale.

LESNY-VITEK, *semnul.* Întîlnit în sindromul de iritaţie piramidală, este denumit şi semnul antebraţului. Constă în percuţia cu ciocanul de reflexe a marginii radiale a antebraţului, situat în semiflexiune şi semipronaţie, la 4 cm sub plica cotului. Manevra, în caz de leziune piramidală, determină flexiunea în bloc a antebraţului şi a mîinii. În mod normal mîna acuză o netă şi izolată ridicare dorsală.

LETARGIA, *semnul.* Somn profund şi continuu, însoţit de rezoluţie musculară şi de diminuarea funcţiunilor vitale. Este semnalat în encefalita letargică, în unele encefalite şi în anumite sindroame psihiatrice, ca : schizofrenia, isteria etc. Traumatisme craniene, tumorile bazei craniului ca şi acţiunea unor anumiţi agenţi toxici completează lista cauzelor mai frecvente ale acestei stări de hipersomnie, determinată de afectarea profundă a funcţiilor vigile ale reticulatei.

LEUCINOZA, *boala.* Sinonim boala cu eliminare de urini cu mirosul siropului de arţar. Maladie rară, descrisă, în 1954, de Menkes, cu caracter genetic, dismetabolic, determinată de tulburări ale metabolismului unor acizi aminaţi (valina, leucina şi izoleucina). Se manifestă clinic prin întîrziere mintală, mioclonii, convulsii, crize de cianoză şi anemie iar anatomopatologic se caracterizează prin edem cerebral, deficit de mielinizare, status spongiosus al substanţei albe şi astrocitoză, fără modificări morfologice ale neuronului. Evoluţie rapidă spre exitus.

LEUCODISTROFIILE. Reprezintă afecţiuni caracterizate prin leziuni distrofice ale substanţei albe, în speţă o demielinizare progresivă, mai mult sau mai puţin întinsă a albului cerebrocerebelos.

LEUCODISTROFIILE FAMILIALE PROGRESIVE. Grup de boli familiale cu evoluţie lent progresivă, cu caracter ereditar recesiv, determinate de o degenerescenţă mieloaxonală a substanţei albe emisferice, ce se întinde spre scoarţă pînă

Scanned with OKEN Scanner

la linia fibrelor în U ale lui Meynert. Geneza acestor procese degenerative pare a fi ,după Scholtz, dictată de o viciere a funcţiunilor trofice ale nevrogliei. Clinic, debutul este posibil la orice vîrstă, cu rigiditate progresivă a membrelor, mişcări coreoatetozice, anartrie, adesea cecitate şi surditate împreună cu o prăbuşire mintală apreciabilă.

LEUCODISTROFIA FAMILIALĂ PROGRESIVĂ TARDIVĂ, *boala*. Descrisă de Van Bogaert, maladia se caracterizează prin apariţia după vîrsta de 40 ani a unei paraplegii cu tulburări pseudobulbare sau a unui sindrom psihic cu evoluţie rapidă şi definitivă spre o prăbuşire mintală gravă. Tetraplegia hiperspastică se poate transforma într-o formă flască cu atrofie optică. Evoluţia este progresivă în circa 5—12 ani.

LEUCODISTROFIA METACROMATICĂ, boala. Encefalopatie evolutivă la copilul mic cu determinări piramidale bilaterale şi degradare psihică acentuată. Cromatografia sedimentului urinar arată prezenţa sulfatidelor cu absenţa arylsulfatazei A, ca şi biopsia nervilor periferici, cu depozite metacromatice în tecile de mielină. Aceste elemente sînt deosebit de valoroase în precizarea diagnosticului.

LEUCODISTROFIA SUDANOFILĂ, boala. Afecţiune degenerativă a substanţei albe cerebrale cu caracter difuz, adesea de origine genetică, în care produsele de dezintegrare mielinică se prezintă în mod exclusiv sau dominant sub formă de grăsimi neutre şi de lipide birefringente.

LEUCOENCEFALITELE FEBRELOR ERUPTIVE. Consecutive maladiilor infecţioase eruptive, în special rujeolei şi, particular de interesant, vaccinării. Geneza lor pare a fi alergică, prin leziuni cerebrale perivenoase, superpozabile exantemelor tegumentare. La simptomatologia neuropsihică floridă se adaugă curent convulsii epileptice.

LEUCOENCEFALITA HEMORAGICĂ ACUTĂ PRIMARĂ, *boala*. Vezi Westen-Hurst, boala.

LEOCOENCEFALITA PERIAXILĂ DIFUZĂ, *boala*. Vezi Schilder-Foix, boala.

LEUCOENCEFALITA SCLEROZANTĂ SUBACUTĂ, *boala*. Descrisă de Ludo van Bogaert. Este contestată de unii autori ca entitate nosologică, şi asimilată de aceştia encefalitelor cu incluziuni. Etiologia virală este încă incertă, deşi unele cercetări biologice orientează cauza spre virusul rujeolei. Substratul anatomopatologic este un proces demielinizant neomogen, cu limite neprecise, cu localizate mai frecventă în regiunile temporoinsulare efect al unei agresiuni inflamatorii intense, cu dezintegrare lipidică considerabilă a substanţei albe emisferice şi cu proliferare glială predominant subcorticală. Semnalată obişnuit la copii între 4—14 ani, fără a ocoli total adultul, se caracterizează clinic prin debut lent, insidios, iniţial cu modificări psihice pe plan comportamental, la care se adaugă progresiv tulburări praxice şi gnozice. Deteriorările psihice merg spre demenţiere profundă, însoţite de manifestări neurologice severe, cu hipertonie piramidoextrapiramidală şi hiperkinezii sub formă de descărcări motorii subite, mişcări ritmice, mai mult sau mai puţin localizate, uneori cu aspect de hemibalism, mioclonii etc. Evoluţia este fatală în cîteva luni pînă la un an. Electroencefalograma are un caracter particular, cu complexe lente, paroxistice, supravoltate, întrerupte de unde ascuţite, cu frecvenţă de 6—10 ori pe minut.

LEUCOENCEFALOPATIA ARTERIOSCLEROTICĂ, *boala*. Citată rar în cadrul arteriosclerozei cerebrale cu demenţă. Este caracterizată prin afectarea întregului sistem arterial cerebral, marile trunchiuri ca şi arteriolele terminale, cu o netă preponderenţă a liniei vertebrobazilare, explicînd masivitatea leziunilor

Scanned with OKEN Scanner

substanţei albe parietooccipitale şi frontale, cu leziuni concomitente striotalamice. Ipoteza anoxică arterială pare a fi cea mai acceptabilă ca patogenie. Simptomatologia piramidoextrapiramidală cu stare demenţială accentuată este comună.

LEUCOMALACIA PERIVENTRICULARĂ, *sindrom.* Întîlnită la copil şi la noul născut, drept consecinţă a unui traumatism sever din timpul naşterii. Tulburarea hemodinamică de tip anoxic astfel realizată, atinge în mod electiv substanţa albă periventriculară sub formă de focare bine delimitate de necroză de lichefiere, cu integritatea aproape totală a substanţei cenuşii.

LEUCONEVRAXITELE. Grup de afecţiuni ale sistemului nervos în care leziunile adulterează în special substanţa albă. Etiologia, de cele mai multe ori neclară, poate fi inflamatorie, alergică sau degenerativă. Patogenia procesului de demielinizare este încă necunoscută. Simptomatologia rămîne expresia localizării dominante a leziunilor (medulară şi de ax cerebral median în scleroza în plăci, cerebrală în boala lui Schilder şi Ballo etc.).

LEUCOTOMIA, *neurochirurgie.* Vezi lobotomia.

LEVY, *semnul.* Sinonim semnul pumnului. Prezent în anumite sindroame extrapiramidale. Constă în absenţa contracţiei sinergice a muşchilor care determină flexiunea pumnului în timpul flexiunii voluntare şi puternice a degetelor.

LEYDEN, *boala.* Proces inflamator acut şi trecător al cerebelului caracterizat prin instalarea rapidă a unei ataxii statokinetice cu tulburări de vorbire şi, uneori, semne de atingere piramidală. Etiologia încă neprecizată, incriminează maladii infecţioase, printre care poliomielita acută şi encefalita letargică. Guillaine şi Decourt o consideră ca făcînd parte din manifestările sclerozei în plăci. Sînt şi păreri care susţin autonomia acestei maladii.

LEYDEN-MOEBIUS, *boala.* Vezi miopatia femurală.

LHERMITTE, *semnul.* Sinonim semnul descărcării electrice. Întîlnit în scleroza în plăci, în bolile degenerative ale măduvei ca şi în traumatismele cervicale. Constă în apariţia unei dureri subite, fulgerătoare, asemănătoare unui curent electric, care străbate corpul din cap pînă în picioare, determinată obişnuit de înclinarea înainte a capului.

LICHIDUL CEFALORAHIDIAN. Soluţie apoasă, bogat salină, care circulă în spaţiile subarahnoidiene, servind ca înveliş protector pentru parenhimul nervos. Formaţia sa este consecinţa unui proces activ de secreţie a celulelor plexurilor coroide din cavităţile ventriculare şi este resorbit la toate nivelele. Două elemente joacă un rol primordial : plexurile coroide pentru secreţie şi sinusul longitudinal pentru resorbţie. Circulaţia l.c.r. dinspre ventriculii cerebrali spre spaţiile subarahnoidiene este determinată de secreţia ventriculară ce depăşeşte posibilităţile de resorbţie locală, precum şi prin pulsaţiile cerebrale sistolice şi pulmonare. Chimic l.c.r. diferă în compoziţie de plasma sanguină. Majoritatea substanţelor din constituţia sa se găsesc într-o concentraţie mult mai mică decît în sînge, cu excepţia clorului şi magneziului, reprezentate în proporţii mult mai mari. Lucrul acesta compensează deficitul de substanţe proteice şi asigură astfel echilibrul osmotic între l.c.r. şi sînge. Volumul l.c.r. reînoit la fiecare 3—4 ore, este în medie de 120—140 ml. Presiunea l.c.r. în poziţie culcată este la adult de 70—200 mg apă şi la copil de 50—100 mg apă. Presiunea în poziţie şezîndă la adult este de 350—450 mg apă şi la copil de 10—20 mg apă. Greutatea specifică este de 1002—1009, iar pH de 7,25—7,42. Citologic 0,5 limfocite pe mm^3. Principalele componente chimice, cercetate în laborator, cu importante orientări clinice, sînt : proteine

Scanned with OKEN Scanner

15—40 mg/100 ml în lichidul lombar, 10—25 mg/100 ml în lichidul cisternal şi 5—15 mg/100 ml în lichidul ventricular ; clorurii, exprimaţi în clorură de sodiu, 700—750 mg/100 ml, iar glucoza, 50—75 mg/100 ml, în lichidul lombar şi cisternal şi 55—90 mg/100 ml în lichidul ventricular.

LICHIDUL CEFALORAHIDIAN, *manevre de extracţie*. Extracţia l.c.r. în scop diagnostic sau terapeutic se face prin următoarele manevre : a) puncţia lombară, practicată în mediul spitalicesc, cu repaus la pat în decubit dorsal 2—3 zile, pentru evitarea perturbărilor în regimul circulator al l.c.r. cu inevitabilele şi cunoscutele consecinţe, cefaleea penibilă şi vărsăturile ; puncţia se face obişnuit între a 3-a şi a 4-a vertebră lombară, puncţionîndu-se în acest fel fundul de sac lombar, sub conul medular terminal ; extracţie după necesitate, pentru cercetări de laborator 5—10 cm^3 fiind suficienţi ; riguros contraindicată în suspiciunea unei hipertensiuni intracraniene, pentru evitarea fenomenului grav de angajare ; b) puncţia suboccipitală, atloccipitală, introdusă în practica rutinieră de Obreja, uşor de realizat în mediul ambulator şi lipsită de consecinţe supărătoare consecutive ; total contraindicată în suspiciunile de procese înlocuitoare de spaţiu intracraniene, pentru aceleaşi motive expuse mai sus ; se puncţionează în plan orizontal pe o linie strict mediană, spaţiul atlooccipital, ajungîndu-se, după 5—6 cm de parcurs în medie, în marea cisternă, de unde se recoltează cca 5 cm^3 lichid ; c) puncţia ventriculară, vizează atingerea coarnelor frontale dar mai ales occipitale ale ventriculilor laterali, prin trepanopuncţie, manevră rezervată numai serviciilor utilate de neurochirurgie, capabile să intervină imediat, în cazul depistării unui proces proliferativ intracranian.

LICHTHEIM, *sindromul*. Sindrom neuroanemic cu evoluţie succesivă şi simultană a unor fenomene patologice medulare, sanguine şi gastrice. Se caracterizează anatomapatologic prin leziuni degenerative ale cordoanelor medulare posterolaterale şi pare a fi determinat de cauze spoliatoare (hemoragii repetate, persistente) sau citoagresive (intoxicaţii cronice cu oxid de carbon, benzoli, cancer, tuberculoză cronică, gastrectomie etc.). Uneori etiologia rămîne complet necunoscută. Carenţa factorului antianemic pare a fi în cauză. Afectează în special bărbaţii după 40 ani, debutînd insidios prin tulburări de sensibilitate de tip parestezic, după care apar şi modificări concrete ale sensibilităţii obiective profunde, cu abolirea simţului atitudinilor segmentare şi vibratoriu. Reflexele osteotendinoase, iniţial vii, se abolesc treptat, concomitent apărînd ataxia. Sindromul netratat poate ajunge în faza de paraplegie flască. Tratamentul cu vitamina B_{12} acţionează favorabil.

LICHTHEIM, *proba*. Cercetată în afazia motorie pură care este caracterizată prin incapacitatea bolnavului de a articula cuvintele, cu păstrarea aparent intactă a restului modalităţilor limbajului, scrisului şi cititului. Bolnavul este solicitat să atingă mîna examinatorului la fiecare silabă a cuvîntului pronunţat.

LIGNAC, *boala*. Sinonim nanism renal cu cistinurie. Afecţiune obişnuit familială, adesea cu aspect ereditar, datorită unor perturbări în metabolismul protidic. Apare în prima sau a doua copilărie, manifestîndu-se printr-o afecţiune renală (nefroză, nefrită interstiţială, pielonefrită acută sau maladie polikistică), oprire în creştere, uneori cu hidrocefalie, întîrzierea mersului şi a ortostaţiunii, fără alte modificări neuropsihice, rahitism şi tulburări metabolice protidice, cu cistinurie şi prezenţa de cristale de cistină în viscere. Uneori depozitele de cistină se găsesc numai la nivelul conjunctivei şi corneei.

LIMFEDEMUL CONGENITAL, *boala*. Caracterizată prin apariţia în a doua

copilărie sau la vîrsta adultă a unui edem dur şi voluminos al membrelor inferioare, determinat de stază limfatică. Afecţiunea, uneori ereditară, se complementează frecvent cu manifestări neurologice şi psihice, ca epilepsia şi întîrzierea mentală.

LINDER, *semnul.* Întîlnit în sciatică. Constă în provocarea unei dureri vii în regiunea lombosacrată sau pe traiectul nervului sciatic afectat, prin flexiunea pasivă a capului unui bolnav, aflat în decubit dorsal.

LINIA DE BAZĂ, *e.e.g.* Linie înscrisă de peniţă fără aplicarea vreunei diferenţe de potenţial la intrare. În general undele negative sînt înscrise deasupra liniei de bază, cele pozitive în jos (vezi polaritate).

LISSAUER, demenţa, *boala.* Varietate clinic rară a paraliziei generale progresive. Caracterizată prin evoluţie prelungită, cu ictusuri repetate, cu simptome de focar motorii şi senzitive, cu alterarea pregnantă a funcţiunilor simbolice şi cu manifestări comiţiale frecvente. Dominanta leziunilor parenchimatoase se află la nivelul scoarţei parietotemporale posterioare, cu status spongiosus, proces de balonizare neuronală şi demielinizare intensă, toate acestea justificînd bogata expresie clinică neuropsihică.

LITTLE, *boala.* Vezi diplegia spastică infantilă.

LITVAK, *sindromul.* Afecţiune cerebrocoronariană, în care coexistă tulburări de circulaţie ale sistemului arterial coronarian, cu manifestări obiective de cardiopatie ischemică, alături de semne obiective de insuficienţă circulatorie în sistemele arteriale cerebrale.

LIZEREU GINGIVAL, *semnul.* Apare în intoxicaţiile cronice, localizat în special la incisivii inferiori, sub forma unei dungi late de 1—2 mm care conturează coletul dinţilor respectivi, semn de preţioasă valoare în diagnosticul etiologic al unor afecţiuni nervoase determinate de intoxicaţii cu plumb, arsenic, bismut etc.

LOBOTOMIA PREFRONTALĂ, *neurochirurgie.* Intervenţie neurochirurgicală din categoria chirurgiei funcţionale sau psihochirurgiei, aplicată în special în boli mintale cronice. A fost iniţiată în 1936 de Egaz Moniz. Metoda s-a bucurat de o largă răspîndire între 1940—1960, cu succese relative în psihoze ireductibile medicamentos, în algii neoplazice, în nevralgii faciale penibile şi rebele etc. Intervenţia consistă în secţionarea în interiorul lobului frontal a fibrelor de proiecţie prefrontale în ambele emisfere şi mai ales a fibrelor mai recent precizate, talamoprefrontale şi hipotalamoprefrontale cu ajutorul unui leucotom special. Datorită unei prăbuşiri intelectuale consecutive, metoda, fără a fi căzut în desuetudine, se practică foarte rar în ultimul timp.

LOBSTEIN, *boala.* Sinonim boala sclerelor albastre. Afecţiunea are un caracter net ereditar. Ea asociază la elementele clinice ale sindromului Vanderhowe (sclerotice albastre, fracturi multiple prin fragilitate osoasă) o surditate de tip mixt, asemănătoare otospongiozei.

LOGOCLONIA, *semnul.* Apare în regresiunile de limbaj ale paraliziei generale, demenţei lui Pick sau Alsheimer. Este o palilalie silabică, a cărei repetare cu aspect clonic este caracteristică.

LOGRE, *semnul.* Citat în leziunile căilor piramidale, în special în hemiplegiile şi paraplegiile organice. Constă în determinarea extensiei halucelui de partea bolnavă prin aplicarea manevrelor Kernig sau Lasegue.

LOMBALGIA, *semnul.* Durere cu localizare în regiunea lombară, ce poate însoţi evoluţia tuturor proceselor patologice regionale ca şi a unor maladii generale.

LOMBOSCIATICA, *sindromul.* Afecţiune frecvent întîlnită cu predominenţă la bărbatul adult, caracterizată prin aso-

Scanned with OKEN Scanner

cierea la manifestările unui lombago acut, a unor semne progresive de sciatică. Obişnuit sciatica este precedată de algiile lombare, ambele fiind determinate de hernia nucleului pulpos intervertebral în canalul rahidian.

LORDOZA PARALITICĂ, *semnul.* Întîlnită în urmările tardive ale poliomielitei cu afectarea musculaturii abdominale şi dorsolombare, ca şi în miopatie, în care afectarea musculaturii dorsolombare compromite arhitectonia coloanei vertebrale respective, cu apariţia unei lordoze caracteristice.

LORENZ, *examen radiologic.* Metodă radiologică pentru stabilirea poziţiei glandei pineale calcificate, prin folosirea rapoartelor existente între glandă şi diferite repere osoase. Foarte utilă în sindroamele de hipertensiune intracraniană cu compresiune.

LOWE-BICKEL, *sindromul.* Sinonim sindromul oculocerebral al lui L.B. Este o genopatie dismetabolică, determinată de un viciu enzimatic, cu caracter ereditar legat de sex. Se caracterizează prin arieraţie mentală cu hipotonie musculară, cataractă bilaterală, glaucom şi aminoacidurie.

LOWE-TERRY-Mc. LAGHLAN, *sindromul.* De etiologie necunoscută, cu incidenţă aproape exclusivă la băieţi, sindromul asociază la tulburări renale, cu glicozurie periodică, fosfaturie şi aminoacidurie, tulburări oculare, cu cataractă, glaucom, enoftalmie, strabism divergent şi tulburări neuropsihice, cu oligofrenie, nanism, hipotonie şi areflexie.

LUMBAGO, *sindromul.* Durere localizată în regiunea lombelor, însoţită de contractură musculară locală, frecvent cu debut brusc, uneori cu apariţie insidioasă şi progresivă, traducînd o etiologie variată : inflamaţia musculară (psoita), afecţiuni inflamatorii sau tumorale renale, afecţiuni inflamatorii sau de altă natură ale coloanei vertebrale dorsolombare, radiculite locale ca şi boli febrile generale, în simptomatologia cărora mialgia este suficient de importantă. Lumbago recidivant desemnează de cele mai multe ori existenţa unei hernii de disc intervertebral.

LUPULESCU, *semnul.* Întîlnit în paralizia de nerv radial. Este o probă de sincinezie. Normal, strîngerea pumnului se însoţeşte de contractura musculaturii epicondiliene, care face relief muscular net la suprafaţa pielii. În paraliziile radiale această contracţie musculară lipseşte.

LUPULESCU, *semnul.* Caracteristic în paralizia de nerv sciatic popliteu extern. Este pus în evidenţă prin împingerea uşoară înapoi a bolnavului aflat în poziţie verticală. De partea bolnavă piciorul rămîne lipit de sol, iar tendoanele gambierului anterior şi ale extenzorilor degetelor nu fac relief la nivelul gîtului piciorului. De partea sănătoasă, vîrful piciorului se ridică, iar tendoanele sus menţionate ies puternic în evidenţă.

LUST, *semnul.* Unul din semnele latente ale tetaniei. Constă în abducţia cu flexiunea dorsală a piciorului, determinată de percuţia sciaticului popliteu extern la nivelul osului peronier.

LYONNAIS, *sindromul.* Reprezintă forma acută a encefalitei şi mielitei virotice. Debut prin febră, cu tulburări psihice de tip confuzional, la care se adaugă curînd tulburări de vedere, cu diminuarea acuităţii vizuale prin nevrită optică, ce se va permanentiza chiar după sedarea în cîteva săptămîni a semnelor meningoencefalomedulare.

LYSOLECITINA. Monoglicerid esterificat, rezultînd din hidroliza lecitinei cu pierderea unuia din cei doi radicali de acizi graşi. Are acţiune mielinolitică experimentată în vitro. Unii autori îi asigură un rol în procesele imuno-patologice. Intervenţia lisolecitinei în patologia umană şi în encefalomielita alergică experimentală, este în discuţie.

Scanned with OKEN Scanner

M

MAC CHARTY, *semnul.* Prezent în hemiplegia organică şi este reprezentat prin exagerarea reflexului supraorbital. Se determină prin percuţia cu ciocanul de reflexe a nervului supraorbital, manevră ce provoacă o contracţie exagerată a orbicularului.

MAC EWEN, *semnul.* Întîlnit în hidrocefalie şi în abcesul cerebral. Este reprezentat prin zgomotul de o rezonanţă particulară determinat prin percuţia craniului.

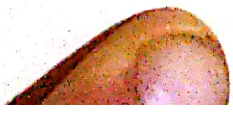
MACROCHEILITA, *semnul.* Infiltraţie cutaneomucoasă a buzelor, semnalată în mixoedem, în sindromul Merkelsson-Rosenthal etc.

MACROGENITOSOMIA, *boala.* Dezvoltarea precoce a organelor genitale descrisă de Pellizi în tumorile glandei pineale.

MACROPSIA, *semnul.* Senzaţie vizuală halucinatorie ce constă în iluzia măririi exagerate a obiectelor aflate în raza vizuală a bolnavului. Poate constitui aura unei epilepsii uncinate.

MAGENDIE-HEDWIG, *sindromul.* Reprezentat prin tulburări în motilitatea conjugată a globilor oculari, determinate de leziunea nucleului interstiţial al comisurii posterioare prin factori inflamatori, vasculari, compresivi, mai rar prin traumatisme craniene.

MALADIA ALZHEIMER. Face parte din grupa demenţelor presenile, degenerative. Este determinată de o degenerescenţă atrofică frontooccipitală, cu discutabil aspect ereditar. Apare în jurul vîrstei de 53 ani şi afectează deopotrivă ambele sexe. Anatomopatologic se notează prezenţa plăcilor senile, degenerescenţa neurofibrilară şi granulovacuolară a celulelor. După o evoluţie de circa 3 ani, cu tulburări de memorie, de orientare şi de funcţiuni simbolice, se instalează perioada de stare, cu fenomene demenţiale şi manifestări afazoapraxoagnozice. Neurologic apare dezechilibrul frontal, hipertonie posturoreflexă, la care se adaugă semne piramidale, epilepsie etc. Sfîrşitul după cîţiva ani, în marasm.



Scanned with OKEN Scanner

MALADIA DE CHESON. Este o hematomielie ce survine la lucrătorii din camerele cu aer comprimat. Afecţiunea este determinată de către degajarea brutală a gazelor dizolvate în sînge, care provoacă ramolismentul hemoragic al măduvei prin embolii gazoase. Debutul se face prin senzaţii de înţepături de ace în tot corpul, după care se instalează deficitul motor al membrelor, cu tulburări de sensibilitate de tip radicular şi tulburări sfincteriene. Ulterior apar escare. În faza de rezoluţie, aspectul clinic este asemănător siringomieliei.

MALADIA CRAMPELOR. Afectează în special bărbaţii între 30—40 ani. Determinată de cauze humorale încă discutabile, se caracterizează clinic prin crampe spontane sau provocate de mişcări, uneori minime, cu un caracter net dureros, dispuse în special la membrele inferioare, dar putînd prinde uneori şi diafragmul, cu o durată pînă la un minut. Sînt prezente semne de polinevrită, cu oboseală accentuată şi rapidă, şi reflexe moi. La tabloul clinic astfel conturat se adaugă semne de nefrită, cu albuminurie, hiperazotemie şi glicozurie. După alternanţe variabile de agravări şi ameliorări, boala se termină prin exitus ce poate surveni la cîteva luni sau la cîţiva ani de la debut.

MALADIA LUI FAHR. Izolată de Fahr în 1943 sub numele de calcificări vasculare cerebrale nearteriosclerotice, idiopatice. Boala este acceptată azi sub numele de calcinoză cerebrală. Anatomopatologic, constă în depuneri sferice de calciu pe peretele vascular (adventice şi pătura externă a mediei), al vaselor ganglionilor de la bază şi a nucleului dinţat al cerebelului. Aspectul radiologic al acestor concreţiuni calcare este caracteristic, în foc de artificii, mai ales la nivelul ganglionilor bazali. Maladia se manifestă clinic prin comiţialitate, semne piramidoextrapiramidale, tulburări caracteriale, debilitate mintală sau demenţă şi semne de hipoparatiroidism. Maladia este nefamilială, are un caracter progresiv şi afectează tînărul şi adultul de ambele sexe.

MALADIA LUI PICK. Face parte din grupul demenţelor presenile degenerative. Este determinată de atrofia circumscrisă a lobului frontal, fără interesarea frontalei ascendente, cu leziuni ale straturilor superficiale ale cortexului (degenerescenţă neuronală, demielinizare a substanţei albe, leziuni microscopice ale nucleului caudat, ale putamenului, ale fasciculelor fronto şi temporopontine). Afectează cu predilecţie femeile în jurul vîrstei de 55 ani. Debut lent cu prăbuşire progresivă a funcţiunilor intelectuale şi cu tulburări ale simţului moral. Comportamentul bolnavului este fie de tip akinetoapatic fie de tip impulsiv, moriatic. În perioada de stare funcţiunile intelectuale sînt profund dezorganizate, limbajul masiv alterat, pînă la mutism, cu relativă conservare a automatismelor profesionale şi a orientării spaţiale.

MALADIA TICURILOR. Identificată din cadrul hiperkineziilor coreice şi isterice de Gilles de la Tourette. Afecţiune de natură psihogenă, survenind obişnuit la copii cu constituţie nevropată. Constă în mişcări involuntare ce mimează o acţiune voluntară, însă degradată, mult timp iterative, intermitente, localizate mai mult la faţă, cap şi centura superioară, capabile de deplasare la alte segmente şi de generalizare. Evoluează cronic, însoţite de mici tulburări mintale, de comportament mai ales, compulsii, ecolalie şi coprolalie.

MALADIA TRAUMATICĂ a NOULUI NĂSCUT. Determinată de traumatisme obstetricale, uneori minime, dar generatoare de procese anoxice, deosebit de nocive în special pentru prematuri şi debili sub 2 kg, la care fragilitatea vasculară este apreciabilă. Simptomatologia elocventă, se exprimă prin convulsii, hipertonie, tulburări de deglutiţie şi pre-

Scanned with OKEN Scanner

zenţa sîngelui la puncţia lombară. În caz de supravieţuire, sekelele pot fi severe.

MALADIE CONGENITALĂ. Depistată la naştere sau puţin timp după aceea, determinată fie de o tară ereditară, fie de transmiterea la făt a unei maladii materne, (sifilis), a unor noxe externe toxiinfecţioase etc.

MALADIE FAMILIALĂ. Prezentă la mai mulţi membri ai aceleiaşi familii. Poate fi ereditară sau dobîndită.

MALADIE EREDITARĂ. Maladie transmisă descendenţilor după legile eredităţii.

MAL COMIŢIAL, *boala*. Paroxism epileptic cu pierderea cunoştinţei, însoţit de convulsii tonicoclonice. Sub acest nume se desemna atacul epileptic ce apărea în timpul şedinţei, la unul din membrii comiţiilor (latini).

MALFORMAŢII VASCULARE CEREBRALE, *examen radiologic*. Examenul radiologic pune accentul exclusiv pe arteriografie, cel de rutină numai în rare cazuri putînd fi de folos (semnele obţinute nu au calitatea de a fi edificatoare). Atitudinea radiologică diferă în raport cu un anevrism sau cu o malformaţie arteriovenoasă. Anevrismele cerebrale se pot dezvolta pe toate arterele encefalului, dar obişnuit sînt situate pe arterele din fosa mijlocie a bazei craniului, cu predilecţie pentru punctele de bifurcaţie. În general, caracterul lor expansiv, tendinţa la ruptură cu hemoragii repetate şi hematoame, sînt motive pentru care examenul angiografic trebuie să arate precis existenţa, sediul, forma, modul de comunicare cu artera pe care s-a format şi starea pereţilor anevrismali. Malformaţiile arteriovenoase (angioame arteriovenoase sau anevrisme cirsoide) sînt caracterizate de una sau mai multe comunicaţii largi arteriovenoase, formînd un ghem vascular ce creşte progresiv, modificînd radical circulaţia encefalului, prin absorbţia curentului arterial, pe care-l varsă în venele de drenaj, ocolind calea normală de întoarcere. Pentru diagnosticul radiologic, toate aceste caractere au mare importanţă şi trebuiesc evidenţiate în amănunţime. În condiţiile acestor anevrisme sau malformaţii arteriovenoase, examenul angiografic trebuie să fie complet, fixînd pe filme succesive toţi timpii circulaţiei cerebrale. În cazuri speciale, cum sînt anevrismele localizate pe artera comunicantă anterioară, angiografia trebuie repetată şi de partea opusă.

MAL PERFORANT AL PICIORULUI, *sindromul*. Descris de Fournier. Este una din cele mai comune şi mai persistente tulburări trofice întîlnite în tabes, manifestare comună însă şi a altor afecţiuni neurologice (paralizii transverse, paralizii ale nervului sciatic, distrofii neurovasculare etc.). Sediul obişnuit este la nivelul articulaţiilor metatarsofalangiene, ulceraţia putînd să apară oriunde şi să intereseze toate straturile de la piele pînă la os inclusiv. Este consecinţa distrugerii centrilor sau căilor de conductibilitate trofică.

MANN LUDWIG, *proba*. Metodă de sensibilizare a probei Romberg, în cercetarea echilibrului ortostatic. Utilizată în afecţiunile vestibulare sau cele ale căilor sensibilităţii profunde. Proba este considerată pozitivă, cînd bolnavul, cu picioarele aşezate unul în faţa celuilalt, îşi pierde echilibrul de îndată ce închide ochii.

MARCHAND, *boala*. Encefalită de cauză necunoscută, însoţită de tulburări psihice accentuate, de azotemie progresivă fără substrat obiectiv renal şi de temperatură ridicată. Semnele neurologice lipsesc. Evoluează supraacut spre exitus în decurs de cîteva zile.

MARCHIAFAVA-BIGNAMI, *boala*. Degenerare cronică şi progresivă a tecilor de mielină ale corpului calos, clasic întîlnită la vechii alcoolici. Clinic constă în tulburări psihice, iniţial în sfera activităţii morale, evlouînd apoi spre demenţă.

Scanned with OKEN Scanner

La acestea se adaugă curînd atacuri epileptiforme sau apoplectiforme, dizartrie, tremurături, deficit motor transitoriu sau definitiv.

MARCUS-GUNN, *semnul.* Face parte din grupa sincineziilor palpebrobucale congenitale, datorate probabil unei anomalii de inervare a mușchilor oculari și ai feței. Constă în ridicarea paradoxală a pleoapei ptozate în momentul cînd bolnavul deschide gura. Se citează și un fenomen Marcus-Gunn inversat, în care coborîrea mandibulei asociază contracția mușchiului orbicular al pleoapelor.

MARFAN, *boala.* Afecțiune de natură eredosifilitică, ce survine la copii între 4—12 ani. Se caracterizează esențial printr-o paraplegie spastică, asociată cu tulburări psihice (dezordine caracterială și oprire în dezvoltarea intelectuală). Se semnalează prezența semnului Argyll-Robertson și a unei keratite interstițiale. Biologic sînt prezente reacțiile pozitive pentru sifilis în sînge și l.c.r.

MARFAN, *sindromul.* Distrofie mezodermică congenitală înrudită cu disembrioplaziile blastomatoase. Este exprimată prin dolicostenomielie (alungirea și subțierea oaselor lungi), insuficienta dezvoltare a mușchilor, absența aproape completă a țesutului adipos, disrafii, malformații ale cutiei toracice, malformații oculare, astenie și hipotonie musculară, arieratie mentală, epilepsie, uneori și semne neurologice din grupa eredoataxiilor.

MARIE-BOVERI, *boala.* Formă specială a polinevritei hipertrofice progresive familiale, la simptomatologia amiotrofică proprie grupîndu-se și simptome diseminate de natură cerebeloasă și exoftalmia.

MARIE-GUILLAIN, *semnul.* Sinonim mîna în pensă sau în clește de homar. Se întîlnește în siringomielie, determinată de atrofiile mușchilor mîinii. Aspectul caracteristic al mîinii este realizat de poziția în semiflexiune a policelui și a indicelui, în timp ce restul degetelor se găsesc în flexiune palmară.

MARIN-AMAT, *sindromul.* Afecțiune rară și curioasă, constînd în paralizie facială periferică ce se însoțește în timpul masticației de contracția oculogirilor.

MARINESCU-RADOVICI, *semnul.* Sinonim reflexul palmomentonier. Întîlnit frecvent în leziunile bilaterale de neuron motor central cu interesarea fasciculului geniculat (sindromul pseudobulbar). Constă în prezența contracției mușchilor bărbiei, determinată de excitarea cutanată palmară la nivelul eminenței tenar cu un obiect ascuțit.

MARINESCU-SJOGREN, *boala.* Afecțiune degenerativă, eredofamilială, cu transmisiune ce corespunde ereditații monohibride, recesive, nelegată de sex. Clinic, sînt prezente semnele eredoataxiei spinocerebeloase, ce se asociază cu oligofrenia și cataracta congenitală. Sînt descrise forme parcelare și degradate ale acestui curios sindrom.

MARTLAND, *sindromul.* Reprezintă encefalopatia traumatică a boxeurilor profesioniști, concretizată în special în tabloul clinic al parkinsonismului.

MASTOIDA, *examen radiologic.* Indiferent de natura lor, inflamațiile urechii sînt unele din principalele indicații pentru explorarea radiologică a mastoidei. Examenul radiologic se face cu metoda Schüller, care este incidența de electie pentru mastoiditele acute. Pentru mastoiditele cronice, în care distrugerile antrului, a casei timpanului și a oscioarelor sînt de predilecție, incidența Chaussé III este de preferat. Oricum ar fi, examenul radiologic trebuie completat cu incidențele Stenvers, față dreaptă, semiaxială și chiar tomografii.

MAYER, *semnul.* Cercetat în sindromul de iritație piramidală. Este o modalitate diferită de a determina apariția

semnului lui Hoffmann. Constă în hiperflexiunea pasivă a primei falange a degetelor trei şi patru de la mînă, urmată, în proba pozitivă, de flexiunea policelui în mînă.

MAYER-REISGH, *fenomenul.* Reacţie de rezistenţă opoziţională a aparatului motor la imprimarea unei mişcări. Indică, în context de semne, o leziune a regiunii prefrontale.

Mc. GREGOR, *linia, reper radiologic.* Linie de reper pe secţiune tomografică în plan sagital a etajului posterior al craniului. Se întinde de la extremitatea posterioară a palatului osos pînă la punctul cel mai inferior al convexităţii occipitale. Are aceeaşi utilitate ca linia Chamberlain în diagnosticul impresiunii bazilare congenitale.

MEDULOBLASTOMUL, *tumora.* Cea mai frecventă tumoră a ventriculului al IV-lea, ce apare în copilărie şi adolescenţă. Este un gliom malign, cu evoluţie rapidă, manifestîndu-se precoce prin semne de hipertensiune intracraniană, stază papilară, cefalee tenace, care imprimă capului o poziţie înclinată înainte, posibile crize cerebeloase şi atingeri de nervi cranieni. Prognoză gravă, recidiva fiind regula. Ablaţia totală a tumorii este imposibilă.

MEES, *striile.* Tulburare trofică a unghiilor în paraliziile de nerv median, sub forma unor strii largi, caracteristice, ce apar în zona tulburărilor de sensibilitate. Mai pot apare şi în urma intoxicaţiilor cu taliu şi arsenic, în care caz striile transversale sînt mai înguste.

MEGALOCEFALIA, *semnul.* Voluminozitate anormală a capului. Vezi hidrocefalia.

MEGIMIDE. Este o imidă a acidului etilmetilglutaric, folosită cu deosebit succes ca antidot în terapia intoxicaţiilor barbiturice şi ca activator în examenele e.e.g. (Vezi activare).

MEIGE, *sindromul.* Afecţiune a cărei patogenie, în cadrul mişcărilor involuntare, a rămas încă neprecizată. Este vorba de spasm facial bilateral, aritmic, semnalat la vîrstnici.

MELANOZA CEREBROCUTANATĂ, *boala.* Descrisă de Ludo van Bogaert ca o afecţiune foarte rară, înrudită cu disembrioplaziile blastomatoase. Maladia asociază nevi pigmentari cutanaţi şi meningoencefalici, cu potenţial neoplazic restrîns. În cadrul afecţiunii sau descris hidrocefalia şi întîrzierea mentală.

MELKERSSON-ROSENTHAL, *sindromul.* Apare obişnuit înaintea vîrstei de 20 ani. Sindromul concentrează clinic o paralizie facială periferică recidivantă şi în basculă, în eclipse sau permanentă, o infiltraţie cutaneomucoasă a feţei, uneori predominent la buze (macrocheilita) şi limbă plicaturată. Paralizia facială este constantă, celelalte semne survenind succesiv. Etiologic şi patogenic pare a fi o alergovascularită, cu punct de plecare de la o infecţie dentară, sau o alterare congenitală a parasimpaticului local, exaltat sporadic de factori intercurenţi.

MELLONI, *boala.* Formă rară de miopatie cu localizare neobişnuită la mîna dreaptă şi muşchii moletului.

MEMBRUL FANTOMĂ, *sindromul.* Reprezintă în general senzaţia dezagreabilă de existenţă permanentă sau sporadică a unui membru amputat. Dintre semnele care însoţesc senzaţia de membru imaginar sau fantomă, algiile pot fi extrem de penibile, cu localizare fie la bont, fie proiectate pe extremitatea distală inexistentă a membrului. În interpretarea fenomenului trebuie să se ţină seamă de modificările locale ale bontului, unde au loc procese evolutive de distrucţie şi reconstrucţie a ţesuturilor musculare şi nervoase.

MEMORIA, *baze anatomice.* Confruntările clinice şi anatomopatologice au per-

Scanned with OKEN Scanner

mis dezvoltarea noţiunii unui circuit anatomic particular, a cărui integritate bilaterală este necesară bunei funcţionări a mecanismelor memoriei. Circuitul leagă hipocampul cu cingulum, trecînd prin corpii mamilari şi talamus. Formaţiile anatomice ale acestui circuit hipocampo-mamilotalamocingular sînt : cornul lui Ammon, fimbria, corpul fornixului, pilierii anteriori ai fornixului, nucleul median al corpului mamilar, fasciculul Vick d'Azyr, nucleul anterior al talamusului şi cingulum. Alterarea bilaterală al acestui circuit, posibil numai bazal, poate prilejui apariţia unui sindrom Korsakow, şi în afara cauzei clasice, etilismul.

MENDEL-BECHTEREW, *semnul.* Semn important în semeiologia piramidală. Constă în determinarea flexiunii ultimelor patru degete ale piciorului prin percuţia dosului piciorului în regiunea cuboidiană. Normal, prin această manevră, se obţine extensia acestor degete.

MÉNIERÈ, *sindromul.* Sinonim vertij auricular, claudicaţie intermitentă labirintică. Afecţiune paroxistică ce evoluiază prin crize vertiginoase succesive, de o durată de la cîteva ore la 48 ore. Atacul întruneşte triada constantă : vertij, acufene şi hipoacuzie, aceasta din urmă mai proeminentă în formele mai vechi. Vertijul, de o violenţă excepţională, se însoţeşte de manifestări vegetative bogate, paloare, transpiraţii, vomismente şi anxietate puternică. Sipmaticul cranian pare să joace un rol de prim plan în geneza violentă a crizelor. Reacţiile simpaticului faţă de leziuni vechi ale labirintului anterior sau posterior transmise la bulb explică drama menieriformă.

MENINGITA ACUTĂ CU EOSINOFILE, *boala.* Meningită acută, autonomă, rezolutivă în cîteva săptămîni, cu eosinofilorahie ce depăşeşte 50%, uneori însoţită de eosinofilie sanguină, de origină probabil alergică sau virală. De notat că cisticercoza nevraxului se însoţeşte de eosinofilorahie ce nu depăşeşte 30%. În insulele Pacificului se descrie în mod frecvent o asemănătoare afecţiune a adultului, datorită probabil unui parazit helmintic, apărînd cu o paralizie facială periferică şi pleiocitoză rehidiană. Un sfert din elementele figurate ale l.c.r. sînt eosinofile.

MENINGITA TINERILOR PORCARI, *boala.* Vezi leptospiroza, boala.

MENINGITA TRAUMATICĂ SEROASĂ PRECOCE. Cauza cea mai frecventă a jaksonismelor subintrante, ce completează în mod precoce tabloul clinic neuropsihic al traumatismului cranian. Lichidul cefalorahidian sub o tensiune excesivă, ţişneşte în jet puternic prin incizia durei.

MENINGIOMATOZA, *boala.* Prezenţa mai multor mengioame intracraniene, în afara maladiei lui Recklinghausen. Obişnuit asimptomatică, manifestările clinice, cînd sînt prezente, înfăţişează o simptomatologie de focar, determinată de tumora meningiomatoasă cea mai voluminoasă.

MENINGOENCEFALITA ACUTĂ PRIMARĂ HEMORAGICĂ, *sindromul.* Descrisă de Margulis în 1947 în mediu epidemic. Este determinată de o agresiune virală, (gripă etc.) şi se caracterizează clinic prin semne meningiene bogate şi semne de hipertensiune intracraniană acută, cu sau fără crize de epilepsie. Obişnuit evoluţia este severă.

MENINGOENCEFALITA CU CANDIDĂ, *boala.* Excepţional de rar Candida albicans, saprofit banal al gurii, poate determina complicaţii nervoase prin contiguitate sau embolie. Clinic obişnuit îmbracă aspectul unei meningite tuberculoase cu evoluţie atipică, subacută, letală ; l.c.r. prezintă pleiocitoză bogată şi hiperalbuminoză. Diagnosticul etiologic se face prin culturi sau reacţia de fixare a complementului.

Scanned with OKEN Scanner

MENINGOENCEFALITA CU TORULĂ, *boala*. Afecţiune foarte rară în America şi excepţională în Europa. Este determinată de ciuperca Torula histolitica, în special la bărbaţi între 40—60 ani. Poarta de intrare pare a fi cea respiratorie. La leziunile meningelor, de cele mai multe ori bazale ca în meningita t.b.c., cu tuberculi cenuşii multipli, se adaugă invadarea cortexului cenuşiu de vezicule polikistice pline cu lichid gelatinos ce pot fi găsite şi la nivelul ganglionilor cenuşii, ventriculi, cerebel şi, mai rar, în substanţa albă. Prodromele unei determinări pulmonare prealabile, poate ajuta diagnosticul, destul de dificil altfel, simptomele fiind în general acelea ale unei hipertensiuni intracraniene, fără semne de focar elocvente, însă cu manifestări meningeane pozitive. Depistarea parazitului în l.c.r. precizează diagnosticul acestei afecţiuni cu evoluţie fatală.

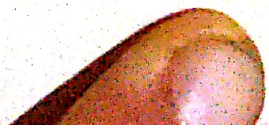
MENINGOENCEFALITA URLIANĂ, *boala*. Meningoencefalită secundară unei parotidite epidemice. Semnele nervoase pot lipsi într-un mare număr de cazuri, în care reacţia citomeningee există (30% din cazuri), atestînd interesarea sistemului nervos, în timp ce testele de hemaglutinoinhibiţie şi de fixare a complementului indică etiologia urliană. Mecanismul este încă discutabil între o atingere virală directă a ţesutului nervos şi o determinare similară grupului encefalitelor postinfecţioase sau postvaccinale. Histologic există o infiltraţie difuză cu mononucleare în scoarţa cerebrală, fără alterări pregnante ale celulei nervoase. Clinic, după a 7-a sau a 10-a zi de evoluţie a parotiditei, temperatura creşte brusc, însoţită de semne meningoencefalitice, cefalee, greaţă, vărsături, tulburări ale cunoştinţei, somnolenţă, uneori stupoare, rareori comă. Neourologic apar rar semne de focar, convulsii, pareze, afazie, mononevrite, polinevrite etc. După o scurtă şi zgomotoasă evoluţie, urmează obişnuit remisiunea, semnalîndu-se în rare cazuri sekele cu surditate de percepţie, tulburări de comportament etc.

MENINGOENCEFALITA, sekele, *examen radiologic*. Encefalopatia infantilă este obişnuit urmată de atrofie corticală, localizată sau generalizată ; cînd creierul este afectat unilateral înainte de vîrsta de 2 ani, oprirea în dezvoltare a creierului se resfrînge şi asupra creşterii hemicraniului de aceiaş parte. Rezultă astfel modificări osoase importante ale unui hemicraniu ce realizează sindromul radiologic al hemiatrofiei craniene. El reprezintă, de fapt, starea creierului subiacent, atrofia corticală şi subcorticală. Sindromul este rar întîlnit în forma lui completă. Examenul radiologic începe cu radiografii de rutină ale craniului, faţă şi profil, urmat de examene cu mijloace de contrast, pneumoencefalografia şi angiografia cerebrală.

MENINGOMIELITA SIFILITICĂ CRONICĂ, *boala*. Este determinată de inflamaţia cronică a meningelor, cu îngroşarea lor, ce duce la formarea unor plăci sau inele fibroase care încorsetează progresiv măduva şi rădăcinile nervoase. Procesul inflamator cu microgome, are tendinţa la difuzare verticală şi în profunzime. Debutul clinic se produce insidios la 10—15 ani de la primoinfecţie, cu dureri radiculare, parestezii, amorţeli, apoi după luni de evoluţie apare parapareza cu tulburări sfincteriene şi sexuale. Netratată boala poate evolua spre paraplegie flască prin tromboza arterelor spinale.

MENKES, *boala*. Vezi leucinoza, boala.

MENZEL, *boala*. Formă clinică a eredoataxiei cerebeloase în care, la simptomatologia ataxică, se adaugă simptome din seria parkinsonismului şi tremurături cu episoade balistice. Este de notat absenţa atrofiei optice. Anatomopatologic este vorba de o atrofie sistematică a piciorului protuberanţei, cu mers cerebelipet.



Scanned with OKEN Scanner

MERALGIA PARESTEZICĂ, *sindromul.* Descrisă de Roth. Parestezie penibilă cu hipersensibilitate la orice contact, localizată pe faţa laterală a coapsei şi determinată de afectarea nervului femurocutanat, aparţinînd plexului lombar (L_2—L_3). Cauzele pot fi infecţioase, toxice şi mai ales traumatice, prolaps discal L_2—L_4, fractura crestei iliace, anevrism al aortei etc. Obiectiv se diferenţiază de nevralgia sciatică, durerea fiind provocată prin manevra de hiperextensie a coapsei şi prin presiunea femurocutanatului la emergenţa sa între cele două spine iliace anterioare.

MERCUR, *intoxicaţia.* Formele acute şi subacute, foarte grave, recunosc calea digestivă a sărurilor de mercur, cu severe leziuni gastrointestinale şi renale. Forma cronică se produce prin inhalarea vaporilor sau a prafului conţinînd mercur, semnalată în industrie. Simptomele nervoase ale formei cronice au o expresie nevrotică, ce evoluiază treptat spre aşa-zisul eretism mercurial, cu apreciabile transformări psihice, (psihoza mercurială a vechilor autori). Paralel se instalează tremurăturile mîinilor, braţelor şi uneori ale întregului corp, cu oscilaţii mari în ritm de 30—60 pe minut, cu tulburări evidente ale scrisului, chiar şi ale vorbirii, care devine bîlbîită, scandată. În cazurile grave pot apare mişcări violente de tip coreic. Afinitatea toxicului pentru cerebel este în cauză.

MERS DE COCOŞ, *semnul.* Semn de rigiditate muşchiulară localizată la membrele inferioare. Piciorul se fixează în ecvinism, iar bolnavul merge pe trenul anterior al tălpii. Semnalat de Jaksch la minerii intoxicaţi cu mangan.

MERS ÎN STEA, *proba.* Exprimă o tulburare a kineticii globale în leziunile unilaterale ale labirintului. Se recomandă bolnavului, căruia i s-au legat ochii, să execute mişcări de mers înainte şi înapoi. Rezultatul este un zigzag de aspectul unei stele, deviaţia făcîndu-se spre labirintul hipovalent, de partea căruia există o hipotonie musculară.

MERSBACHER-PELIZAEUS, *boala.* Tip particular de scleroză difuză a substanţei albe hemisferice, înrudit cu leucodistrofiile familiale progresive. Afecţiunea este familială, cu ereditate dominantă, atingînd în special sexul masculin. Apare în primele luni ale vieţii, cu evoluţie progresivă pînă în jurul vîrstei de 10 ani. Clinic, paraplegie spasmodică cu semne piramidale, pareza muşchilor trunchiului, tulburări motorii extrapiramidale şi cerebeloase, nistagmus, tulburări de vorbire şi scăderea inteligenţei.

METACARPALGIA, *sindromul.* Sinonim nevralgia digitală. Determinată de o reacţie inflamatorie aseptică a ramurilor senzitive locale ale medianului şi cubitalului prin microtraumatisme repetate. Localizarea obişnuită este de obicei la nivelul regiunii distale a spaţiului al III-lea şi al IV-lea intermetacarpian, cu iradieri dealungul degetelor corespondente. Mişcările degetelor ca şi excitanţii exteriori, în special mecanici, determină durere vie.

METAMORFOZIE, *fenomenul.* Propriu leziunilor de lob parietal. Constă într-o veritabilă distorsiune a percepţiilor vizuale.

METASTAZELE CEREBRALE. Sînt esenţialmente de origină pulmonară la bărbat şi mamară la femeie. În general, metastazele bronhopulmonare sînt precesive, multiple, cu deosebită frecvenţă pentru fosa posterioară cu o evoluţie defavorabilă şi cu supravieţuire scurtă. Adeseori tumora primitivă este greu de pus în evidenţă. Metastazele mamare apar după evidenţierea tumorii primitive, de obicei solitare, cu un prognostic relativ favorabil, pasibile de o supravieţuire lungă.

METATARSALGIA, *boala.* Vezi Morton, boala.

Scanned with OKEN Scanner

MEYER-BETZ, *boala*. Vezi mioglobinuria, boala.

MEYNET, *boala*. Sinonim nebunia reumatismală. Apare în reumatismul poliarticular acut şi se manifestă prin stări de agitaţie, anxietate, depresiune sau manifestări maniacale, însoţite de halucinaţii. Apariţia acestor fenomene indică severitatea afecţiunii reumatismale.

MEZENCEFALOTOMIA, *intervenţie neurochirurgicală*. Manoperă chirurgicală folosită în ultimă analiză pentru alinarea durerilor generate de afecţiuni netratabile. Constă în secţionarea tractusului spinotalamic la nivelul mezencefalului.

MIALGIA EPIDEMICĂ, *boala*. Vezi Bornholm, boala.

MIASTENIA, *boala*. Sinonim maladia lui Erb-Goldflam. Afecţiune caracterizată prin oboseală progresivă şi rapidă a muşchilor striaţi în activitate, putînd merge pînă la blocajul juncţiunii neuromusculare, similar celui realizat prin curara. Patogenic factori complexi sînt incriminaţi : Substanţa curaroidă secretată de timus, sau carenţă de acetilcolină prin exces de colinesterază, prin diminuarea sensibilităţii plăcii neuromusculare cu depolarizare ce necesită cantităţi mari de acetilcolină, etc. Efectul medicaţiei anticolinesterazice (prostigmina) clarifică parţial etiopatologia metabolică. Apare la vîrste tinere, cu oboseală progresivă, în special cu paralizii oculare, iniţial fugace şi deconcertante. Pot apare manifestări ale muşchilor feţei cu facies miastenic, cu dispariţia pliurilor feţei, căderea maxilarului inferior şi a pleoapelor şi cu flexiunea capului înainte. Rînd pe rînd pot urma muşchii masticaţiei, deglutiţiei, vorbirei, gîtului, centurilor şi chiar ai respiraţiei, aceasta din urmă fiind forma cea mai gravă a miasteniei. Reacţia miastenică a lui Jolly, proba oboselii induse şi proba ergografului Mosso, sînt metode adjuvante de diagnostic. Formele uşoare şi medii sînt pasibile de un tratament eficace şi de lungă durată cu prostigmină.

MIATONIA CONGENITALĂ, *boala*. Sinonim maladia lui Oppenheim. Discutabilă încă nosologic, unii identificînd-o cu maladia lui Werdnig-Hoffmann, alţii cu o miopatie. Apare uneori cu aspect familial. Se caracterizează prin triada hipotonie, hiperflexibilitate articulară şi hipokinezie. Nu există nici o altă determinare nervoasă. Obişnuit evoluţia este îndelungată, cu regresarea tulburărilor către pubertate. Patogenic se incriminează o diferenţiere incompletă a plăcilor terminale, o rarefiere a terminaţiilor nervoase cu o distribuţie nervoasă periferică normală.

MICROCEFALIA MONAKOW, *boala*. Afecţiune teratologică, descrisă de von Monakow, în 1926. Morfologic este caracteristic craniul microcefal, cu nasul larg şi voluminos, cu urechi enorme şi cu mîini şi picioare de dimensiuni lungi, disproporţionate. Supravieţuirea este scurtă. Apare în cadrul familial, din părinţi consanguini. Este obişnuită coexistenţa microcefaliei cu malformaţii craniene, la care se disting urmele unei disrafii anterioare. Neuronii corticali sînt foarte rari, însă maturi, iar demielinizarea piramidală se produce precoce.

MIDRIAZA, *semnul*. Dilatarea pupilelor realizată prin fibre simpatice, cu punct de plecare din centrul ciliospinal al lui Budge, influxul pupilar dilatator luînd calea lanţului ganglionar simpatic cervical şi a plexului pericarotidian pînă la ganglionul ciliar, pe care-l străbate în drum spre muşchiul pupilodilatator. Midriaza este denumită paralitică dacă survine secundar paraliziei sfincterilor pupilari (oftalmoplegii prin paralizia nervului motor ocular comun). Midriaza unilaterală are o valoare deosebită în diagnosticul unui hematom subdural posttraumatic sau a unei tumori temporale cu hernie de lob temporal, realizînd conul de

Scanned with OKEN Scanner

presiune ce duce la compresiunea şi torsiunea trunchiului cerebral. Midriaza se întîlneşte în anumite intoxicaţii, ca botulismul, ingerarea de ciuperci otrăvitoare, consumul de medicamente cu beladona etc.

MIDRIAZA VOLUNTARĂ, *semnul.* Fenomen excepţional constînd în capacitatea de a dilata voluntar pupilele. Se însoţeşte şi de alte semne simpatice, ca tachicardia, creşterea tensiunii arteriale, sudaţia mîinilor ş.a.

MIELINOZA CENTRALĂ A PROTUBERANŢEI, *boala.* Rapidă instalare a unei tetraplegii cu sindrom pseudobulbar, integritate a sensibilităţii şi tulburări mintale de tip confuzional, determinate de o vastă zonă de demielinizare în centrul piciorului protuberanţei şi de leziuni ale corpilor mamilari, similare celor din maladia lui Wernicke. Apare la alcoolici vechi sau la bolnavii cu severe şi prelungite tulburări digestive. Originea maladiei este nutriţională.

MIELITA ACUTĂ, *boala.* Ca formă clinică independentă sau în cadrul unei prinderi lărgite a sistemului nervos (encefalomielită sau neuropticomielită etc.), mielita îşi face obişnuit apariţia mai mult sau mai puţin brusc, ca o transecţie medulară totală (mielita transversă) sau parţială, uneori cu tendinţă de ascensiune (forma Landry) cu sediul de regulă toracal, manifestîndu-se clinic prin paraplegie flască sublezională, abolirea sensibilităţii cu nivel superior, pierderea controlului sfincterelor şi tulburări trofice, printre care escarele sînt cele mai redutabile. Procesului congestiv-inflamator, însoţit de edem perifocal, îi poate urma leziuni necrotice definitive, mai mult sau mai puţin întinse, ce vor constitui bariere permanente ale controlului nevraxial encefalic. Etiologia inflamatorie este cea mai curentă, alergia, accidentele vasculare sau procesul compresiv medulovertebral, numărîndu-se printre alte cauze obişnuite.

MIELITA SIFILITICĂ ACUTĂ, *boala.* Este rezultatul unei mielo-malacii prin endarterită sifilitică de tip Heubner, ce poate realiza tabloul unei mielite transverse, a unui sindrom Brown-Sequard, sau a unui sindrom de substanţă cenuşie centrală. Apare la oameni relativ tineri, între 30—40 ani, obişnuit în perioada de trecere secundaroterţiară a sifilisului, cu debut brusc, cu instalarea unei paraplegii flasce în cîteva ore pînă la cîteva zile, însoţite de tulburări sfincteriene severe şi tulburări trofice. Evoluţia de cele mai multe ori merge spre exitus, în special pentru formele transverse. Formele parţiale au un prognostic mai bun, deşi sekelele sînt serioase.

MIELOBULBOGRAFIA, *examen radiologic.* Metodă radiologică pentru diagnosticul mielopatiei cervicale de origină vertebrală (vezi mielopatia cervicală de prigină vertebrală, examen radiologic).

MIELODISPLAZIA, *boala.* Maladie familială caracterizată prin tulburări trofice avansate ale extremităţilor inferioare, însoţite de mutilări infirmizante.

MIELOGRAFIA GAZOASĂ, *examen radiologic.* Metodă radiologică pentru cercetarea canalului spinal cu mijloace de contrast. Locul de puncţie pentru introducerea aerului, suboccipital sau lombar, se alege în funcţie de regiunea ce trebue examinată şi după indicaţiile clinice de localizare. Metoda este eficace, mai ales asociată cu secţiuni tomografice, în explorarea canalului spinal din regiunea cervicală, pentru diagnosticul mielopatiilor cervicale de origină vertebrală şi a canalului lombar, în diagnosticul herniilor discale şi ale compresiunilor intraspinale. În segmentul toracal, rezultatele sînt mai puţin bune. Faţă de mielografia opacă are avantaje mari : resorbţie rapidă a aerului, posibilitate de a repeta examenul sau de a-l înlocui cu o mielografie opacă, vizibilitatea unui segment mai întins de canal, înlăturărea pericolului contactului iritant

Scanned with OKEN Scanner

al iodului cu leptomeningele spinal precum şi posibilitatea transformării într-o pneumoencefalografie prin basculareа bolnavului pentru afirmarea sau infirmarea unui diagnostic prezumtiv de obstacol la nivelul joncţiunei cervicooccipitale.

MIELOGRAFIA OPACĂ, *examen radiologic*. Foloseşte iodul ca mijloc de contrast. Acesta este introdus prin puncţie, pe cale suboccipitală sau lombară, în raport cu scopul urmărit. Substanţa trebuie să fie mobilizată prin basculareа mesei în vederea examenului. Metoda are avantaje şi desavanataje, printre care pericolul contactului iritant al iodului cu leptomeningele spinal, resorbţia iodului numai parţial şi în timp îndelungat, precum şi imposibilitatea de repetare a examenului. Rezultatele obţinute trebuiesc interpretate în lumina tabloului clinic. Mînuită cu prudenţă şi cu o tehnică bună este o metodă indispensabilă în afecţiunile vasculare de tip angiom medular, în compresiunile intraspinale şi în unele hernii ale discurilor intervertebrale din regiunea lombară. Este mult mai bine ca metoda să fie rezervată numai serviciilor neurochirurgicale şi chirurgicale, cînd poate fi folosită ca ultimă metodă de investigaţie.

MIELOM, *boala*. Vezi plasmocitomul, boala.

MIELOMALACIA, *sindromul*. Determinată de insuficienţa circulatorie medulară, survenită brusc prin embolie, sau progresiv prin arterioscleroză. Semnalată şi consecutiv operaţiilor chirurgicale pentru afecţiuni cardiace congenitale, arteriografiei cu soluţie de contrast, sarcinii, cancerului visceral, discopatiilor cervicale compresive pe sistemul arterial spinal, arahnoiditelor, pachimeningitelor, traumatismelor rahidiene şi endocarditelor emboligene. Reprezintă ramolismentul măduvei spinării. Este în cauză sistemul arterial spinal anterior, care irigă cele trei pătrimi anterioare ale măduvei, ca şi cea mai mare parte a substanţei cenuşii. Simptomatologia va fi deci asemănătoare siringomieliei şi hematomieliei. Afectează în special bătrînii, cu incidenţă posibilă însă de la vîrsta de 45 ani. Debut obişnuit brusc, uneori cu claudicaţii medulare premonitoare, prin tetraplegie, mai frecvent paraplegie, în funcţie de sediul leziunii, la care se adaugă tulburări de sensibilitate de tip disociativ ca în siringomielie, cu abolirea senzaţiilor termodureroase, şi conservarea simţului tactil precum şi a sensibilităţii profunde în distribuţie sublezională.

MIELOPATIA CERVICALĂ DE ORIGINE VERTEBRALĂ, *examen radiologic*. Patogenia unui mare număr de paraplegii spasmodice cu caracter cronic este explicată prin stenoze ale canalului spinal, cu condiţia ca stenoza să fie întinsă pe un segment mai lung, cele limitate la un singur corp vertebral fiind fără valoare. În condiţii normale ale raportului dintre canal rachidian-măduva spinală, mobilitatea rahisului cervical, fenomen obişnuit prin desfăşurarea activităţii de toate zilele, trece neobservat. Situaţia nu mai este aceeaşi cînd rapoartele normale sînt modificate în sensul unei strîmtorări a canalului. În timpul mişcărilor mai ales în flexiunea şi extensia capului, se creiază un conflict permanent între măduvă şi canalul strîmtorat. Stenoza, ca şi raportul măduvă-canal, nu pot fi demonstrate decît radiologic. Examenul radiologic urmăreşte să pună în evidenţă aceste două elemente. În scopul acesta el foloseşte avantajele ce le oferă mielografia gazoasă, dinamică şi totală, combinate cu acelea ale tomografiei. Imaginile în secţiuni tomografice sînt fixate pe filme în timpul mişcărilor pe coloana cervicală. În realitate este o mielobulografie gazoasă, cu secţiuni tomografice. Metoda necesită aparatură specializată, cu instrumentar adequat.

MIELOPATIA DUPĂ ANASTOMOZA PORTOCAVĂ, *sindrom*. Citată rar printre consecinţele derivaţiei porto-

Scanned with OKEN Scanner

cave, concomitentă sau secundară encefalopatiei portocave. Este o consecinţă a prăbuşirii funcţiunilor metabolice ale ficatului, în special a detoxificării amoniacale. Anatomopatologic apare o demielinizare cu proliferare astrocitară, asemănătoare encefalopatiei cu aceiaşi etiologie. Clinic, se manifestă printr-un sindrom piramidal de intensitate variabilă, cu reflexe vii, trepidaţie epileptoidă şi hipertonie, uneori fără semnul lui Babinski. Evoluţia rămîne în funcţie de gradul deteriorării funcţiunilor hepatice.

MIELOPATIA PRIN SPONDILOZA CERVICALĂ, *sindromul.* Termen propus de Russel Brain spre a desemna totalitatea manifestărilor de suferinţă medulară din cursul spondilozei cervicale, care determină obstrucţia continuă sau intermitentă a arterei spinale anterioare sau a arterelor radiculare. Leziunea medulară se situiază în coarnele anterioare, cordoanele laterale şi partea centrală a cordoanelor posterioare.

MIELOPATIA SALVARSANICĂ, *sindromul.* Cunoscută mai bine în epoca terapiei sifilisului cu săruri arsenicale. Apare după 3—4 zile de la injecţie şi se manifestă iniţial cu cefalee şi pareza membrelor inferioare, după care se instalează paralizia flască, cu abolirea reflexelor osteotendinoase, anestezie cu nivel superior şi tulburări sfincteriene. Leziunea, probabil determinată printr-un mecanism alergic, îşi are sediul toracal sau lombar.

MIELOPATIA SENILĂ, *sindromul.* Afecţiunea medulară înregistrată la vîrstele înaintate. Simptomatologia domină în jumătatea inferioară a corpului, cu deficit al sensibilităţii vibratorii şi termice, diminuarea reflexelor tendinoase şi cutanate abdominale. Leziunile medulare constau dintr-o demielinizare sistematică a fasciculelor lui Goll, mai puţin a celor ale lui Burdach, la care se poate adăuga şi afectarea fascicolelor piramidale. Pe lîngă acţiunea nefavorabilă a consumului de alcool, deficienţele arteriosclerozei, tulburările proteinelor serice ca şi tulburările funcţionale deficitare ale ficatului, sînt incriminate în geneza sindromului.

MIELOPATIA SPONDILOPATICĂ, *sindromul.* Vezi mielopatia vertebrală.

MIELOPATIA VASCULARĂ PROGRESIVĂ, *boala.* Considerată ca o afecţiune foarte rară, deşi arterioscleroza generalizată, în cadrul căreia apare, nu se bucură de aceeaşi apreciere numerică. Apare la vîrste înaintate, cu simptomatologie medulară lent progresivă, expresie a unui proces ischemic cu mers similar, generat de leziuni arteriosclerotice, aortice, ale arterelor radiculare sau ale arterei spinale anterioare. Simptomatologia este în funcţie de nivel, tetraplegică sau, mai frecvent paraplegică. Se manifestă iniţial cu jenă în mers şi parastezii, însoţite curînd de semne obiective piramidale, tulburări de sensibilitate şi tulburări trofice.

MIELOPATIA VERTEBRALĂ, *sindromul.* Sinonim mielopatia spondilopatică. Consecinţă a unui proces osteocondrotic vertebral (hernii de disc vertebral cu reacţii sindesmofitice, osteofitoză marginală, calcificarea ligamentelor galbene şi reacţii arahnoidiene de tip plastic) care-şi manifestă nocivitatea prin compresiune directă asupra ţesutului nervos mieloradicular, prin tulburări de circulaţie venoasă şi limfatică cu stază, sau prin tulburări de circulaţie arterială, cu micşorarea sau oprirea aportului sanguin la nivelul arterelor radiculare sau arterei spinale anterioare. Consecinţele se concretizează prin ischemie medulară în zona de irigare a areterei spinale anterioare. Vezi sindromul arterei spinale anterioare.

MIELOTOMIA COMISURALĂ, *intervenţie neurochirurgicală.* Constă în hemisecţiunea măduvei într-un plan sagital care interesează comisura anterioară, posterioară şi cenuşie. Scopul ei este de a distruge fibrele comisurale prin care se încrucişează căile durerii. Este indicată în

Scanned with OKEN Scanner

algii rebele, dar cu o topografie metamerică precisă (algii gastrice tabetice, neoplazice etc.).

MIELOTOMIA FRONTALĂ BISCHOFF, *intervenţie neurochirurgicală.* Recomandată în marile contracturi piramidale, în scopul de a se rupe arcul reflex al tonusului muscular exagerat. Intervenţia interesează substanţa albă dintre coarnele anterioare ale măduvei. Se suprimă astfel prin actul operator aferenţele senzitive şi neuronii intercalari ai lui Kölliker.

MIELOZA FUNICULARĂ, *sindromul.* Sinonim sindromul de fibre lungi. Constituie un sindrom anatomoclinic caracterizat printr-un proces progresiv de demielinizare a fibrelor lungi din cordoanele posterolaterale ale măduvei spinării, determinat de anemia Biermer (sindrom neuroanemic), de pelagră, sifilis, cancer, beri-beri, tuberculoză, porfirie idiopatică sau secundară, saturnism, latirism etc. Afectează în special vîrstele adulte, cu debut parestezic insidios. Apar apoi semnele medulare propriu-zise, cu tulburări de sensibilitate profundă, ataxie cu semnul Romberg prezent, hipotonie musculară, diminuarea pînă la dispariţia reflexelor osteotendinoase, tulburări progresive de mers în cadrul unor fruste manifestări piramidale cu prezenţa semnului lui Babinski. În cazul sindromului neuroanemic, probele hematologice şi puncţia sternală sînt concludente.

MIGRENA, *boala.* Apare la orice vîrstă, în special la femei. Pare a fi generată de cauze foarte diverse : alergie, intoxicaţii exogene sau endogene, discrinii, uneori ereditatea fiind suficient de elocventă. Mecanismul patogenic, eminamente vascular, justifică expresia etapelor clinice : *faza prodromală* sau precefalalgică, obişnuit cu cîteva ore înaintea crizei, datorită fenomenelor de vasoconstricţie cu manifestări în special oculare (înceţoşarea vederii) răspunzînd unei vasoconstricţii cerebrale cu acumulare de substanţe histaminice ; *faza cefalagică,* de tipul hemicraniei, cu dureri penibile, pulsatile, exacerbate de orice stimuli intempestivi, corespund vasodilataţiei cerebrale cu durată de cîteva ore, în care apar şi efecte bazale, cu greaţă şi vărsături, fază în care se produce eliminarea şi neutralizarea metaboliţilor histaminei şi, în fine, *faza postcefalalgică,* cu dureri reziduale ce se sting treptat, cu oboseală, somnolenţă şi remisiune. Durata obişnuită a desfăşurării întregului acces migrenos este de 24 ore, rar de durată mai mare.

MIGRENA ACOMPANIATĂ, *boala.* Vezi migrena hemiplegică.

MIGRENA ABDOMINALĂ, *boala.* Tip de echivalenţă migrenoasă, mai comună în copilărie, cu tendinţă la dispariţie într-un procent apreciabil de cazuri odată cu creşterea. Se caracterizează prin apariţia nemotivată obiectiv, de dureri abdominale, vărsături, paloare, palpitaţii, depresiune ce alternează cu stări de agitaţie. Astfel de atacuri se repetă la spaţii de timp neregulate, respectînd aceeaşi imagine clinică.

MIGRENA BAZILARĂ, *boala.* Entitate nosologică discutabilă. Afectează îndeosebi fetele de vîrsta pubertăţii şi pare a fi determinată de un proces ischemic paroxistic la nivelul trunchiului cerebral. La debutul asemănător migrenei obişnuite se asociază crize de pierderea cunoştinţei, de scurtă durată, ce pun uneori probleme de diagnostic cu epilepsia, isteria. Evoluţia obişnuit benignă poate duce, după cîţiva ani la o migrenă banală.

MIGRENA DISFRENICĂ. Accesul dureros pluteşte pe un plan confuzional, în paroxisme similare, repetitive.

MIGRENA HEMIPLEGICĂ, *boala.* Sinonim migrena acompaniată. Paroxism de migrenă hiperalgică, acompaniat de o hemiplegie alternă, fie de partea dreaptă,

Scanned with OKEN Scanner

cu sau fără afazie, fie de partea stîngă, cu sau fără tulburări de schemă corporală. În timpul accesului migrenos examenul e.e.g. arată o importantă activitate lentă de tip delta, continuă, interesînd tot emisferul controlateral hemiplegiei. Sindromul este generat de fenomene vasomotorii meningeale şi cerebrale.

MIGRENA NAZOCILIARĂ. Acces atipic de migrenă, cu algii paroxistice, repetitive, uneori mai multe pe durata cîtorva zile, după care intervine o pauză de durată mai lungă. Este caracterizat prin localizarea singulară periorbitală şi se însoţeşte de congestia conjunctivelor oculare, de obstrucţie nazală sau rinoree.

MIGRENA OFTALMOPLEGICĂ, *boala*. Termen propus de Charcot paraliziei dureroase a celei de a III-a perechi craniene. Clinic se manifestă prin dureri de cap frontale recidivante, urmate de fiecare dată de o paralizie oculo-motorie, obişnuit a celei de a III-a perechi, uneori de oftalmoplegie totală, paralizia angajînd şi perechile IV şi V. Examenul arteriografic intracranian cu soluţie de contrast, a putut depista frecvent existenţa unui anevrism de carotidă internă sau de arteră comunicantă posterioară. Bickerstaff, în anumite cazuri, depistează, în cursul accesului, strîmtoarea lumenului sifonului carotidian. El consideră că dilatarea paroxistică a acestui segment se însoţeşte de edem al pereţilor vasculari, care justifică aspectul radiologic. Fenomenul îşi menţine acţiunea de compresiune asupra nervilor din vecinătate, sau de interesare a vaselor nutritoare a acestora.

MIGRENA VESTIBULARĂ. Acces vertiginos cu apariţia critică, însoţit de senzaţie penibilă de rotire a obiectelor, nistagmus, greaţă, zgomote în urechi, uşoară diminuare a auzului. Starea de rău poate dura pînă la cîteva zile, cu recidive neaşteptate, intercritic neexistînd nici un semn de suferinţă vestibulară. Existenţa unor cazuri similare sau de altă formă de migrenă în aceeaşi familie poate orienta diagnosticul.

MIHĂILESCU NICULAE, POZIŢIA ÎNOTĂTORULUI, *metodă radiografică*. Metodă radiografică pentru cercetarea segmentului vertebral cervicotoracal de profil. Prin poziţionarea bolnavului se obţine singura posibilitate de a avea o vedere bună a acestei regiuni, indispensabilă pentru studiul afecţiunilor cu acest sediu. Vezi coloana vertebrală, metodă radiologică.

MILROY, MEIGE şi NONNE, *boala*. Vezi limfedemul congenital, boala.

MILLARD-GUBLER, *sindromul*. Determinat de o leziune protuberanţială, obişnuit de natură vasculară, care angajează pe lîngă formaţiunile piramidale încă nedecusate, nucleul sau fibrele nervului motor ocular extern şi ale nervului facial, realizînd clinic o hemiplegie alternă cu respectarea feţei, iar de partea leziunii o paralizie facială de tip periferic şi o paralizie a abducensului. Dacă leziunea se întinde îndeajuns de posterior pentru a afecta bandeleta longitudinală posterioară, se adaugă în plus paralizia de lateralitate a oculogivilor, bolnavul privindu-şi membrele paralizate, prin devierea privirii în această direcţie. Se realizează astfel un sindrom protuberanţial inferior de tip Foville.

MILLIKAN-SIEKERT, *sindromul*. Sindrom de insuficienţă circulatorie intermitentă a sistemului arterial de la baza creierului, determinat obişnuit de leziuni ale pereţilor vasculari, hipertensiune arterială şi insuficienţă cardiacă. Constă în semne neurologice tranzitorii ca vertij, diplopie, tulburări de vorbire, parestezii, pareze fugace etc.

MILLS, *sindromul*. Sinonim hemiplegia spinală ascendentă cronică. Este o hemiplegie cronică, unilaterală, progresivă, cu evoluţie lentă. Debutul cu pareză a membrului inferior, de la extremitatea distală către cea proximală, cîştigînd treptat

Scanned with OKEN Scanner

membrul superior de aceeaşi parte, fără crampe sau dureri, fără parestezii, fără tulburări obiective de sensibilitate, cerebeloase sau de nervi cranieni. Evoluează în jurul vîrstei de 40 ani. Origina bolii este probabil degenerativă, afectînd sistemul piramidal, fie la polul cortical fie la cel medular.

MINAMATA, *boala*. Descoperită recent, afecţiunea este determinată de consumul peştilor şi cochiliilor comestibile, contaminate cu dejecţii industriale. Apare la toate vîrstele. Debutul are un aspect acut sau subacut, cu parestezii ale extremităţilor şi buzelor. Apoi strîmtoarea cîmpului vizual, ataxie, tulburări de mers, hipoacuzie, dizartrie, rigiditate, mişcări involuntare, tulburări psihice, sialoree şi hipersudaţie completează tabloul clinic. În organele bolnavului se găseşte o mare cantitate de mercur.

MÎNA PARIETALĂ, *semnul*. Descrisă de Roussy şi Branche ca tip de anestezie segmentară, localizată la periferia membrului. Este generată de o leziune cu sediul la centrul parietal al acestui segment, obişnuit de etiologie vasculară sau traumatică. Se însoţeşte frecvent de atrofia micilor muşchi ai mîinii, consecinţă probabilă a acestei anestezii sau a interesării lezionale a unui centru neurovegetativ parietal.

MINGAZZINI, *semnul*. Face parte din grupul micilor semne ale hemiplegiei şi prezenţa lui testează o leziune a căilor piramidale. La bolnavul, cu membrele superioare întinse înainte şi cu ochii închişi, membrul de partea afectată, incapabil de a păstra poziţia orizontală, coboară lent şi progresiv. Pentru membrele inferioare se recomandă bolnavului aflat în decubit dorsal cu ochii închişi, să menţină coapsele semiflectate pe bazin şi gambele în unghi drept. De partea bolnavă se observă coborîrea lentă a gambei, incapabilă de a păstra poziţia iniţială.

MINOR, *semnul*. Întîlnit în nevralgia sciatică. Este expresia căutării poziţiilor antalgice în timpul mişcării. Pentru a se ridica, bolnavul, aflat în decubit dorsal, se răsuceşte pe partea sănătoasă, se sprijină cu mîinile înapoi şi trece membrul inferior bolnav pe deasupra celui sănătos.

MIOCLONIA, *semnul*. Reprezintă contracţia bruscă, fără ritmicitate şi neintenţională a unui muşchi sau a unui grup de muşchi, cu sau fără deplasare de segment. Exprimă descărcări sincrone de motoneuroni, în cazul dereglării unuia din sistemele de control suprasegmentare ale motricităţii de la nivelul cortexului pînă la motoneuronul propriu-zis. Poate reprezenta un paroxism epileptic sau poate aparţine unei hiperkinezii extrapiramidale independente.

MIOCLONIA EPILEPTICĂ FAMILIALĂ, *boala*. Vezi boala lui Unverricht-Lundborg.

MIOCLONUS MULTIPLEX FIBRILAR KULE, *sindromul*. Vezi Kule sindromul.

MIOGLOBINURIA, *boala*. Liberarea în afara muşchilor a pigmentului mioglobină, pigment muscular metaloporfiric, foarte apropiat hemoglobinei, constituie mioglobinuria, care poate fi secundară (traumatică, toxică sau ischemică) sau paroxistică, idiopatică (Meyer-Betz). Triada clinică, caracteristică constă în : sindrom muscular cu impotenţă dureroasă, sindrom de atingere generală progresivă pînă la starea de şoc şi pigmentaţie. Emisiunile accesuale de urină cu aspectul drojdiei de cafea sînt caracteristice. Formele copilului sînt extrem de severe, iar ale adultului recurente, obişnuit după eforturi sau frig. De etiologie şi patogenie încă necunoscute, maladia angajează tangenţe discutabile cu polimiozita. Prognosticul maladiei rămîne rezervat, prin posibila instalare a unei insuficienţe renale severe.

MIOGLOBINURIA EPIDEMICĂ, *boala*. Sinonim boala lui Haff. Semnalată

Scanned with OKEN Scanner

în unele regiuni limitrofe Mării Baltice, în legătură cu consumul de peşte. Apare în mici epidemii, care se suprapun unei mortalităţi crescute a peştilor. Clinic, după o incubaţie de circa 18 ore, afecţiunea se manifestă prin contracturi musculare dureroase ale membrelor inferioare cu tendinţă la generalizare. Boala se însoţeşte de emisiuni de urini brune, cu vindecarea în cîteva zile.

MIOKIMIA, *semnul.* Contracţie simultană a mai multor unităţi motorii ce atinge succesiv fascicule musculare învecinate, dînd aspectul de tremulaţie musculară vermiculară. Indică aceeaşi leziune de motoneuron ca şi fasciculaţiile.

MIOKIMIA EREDITARĂ, *boala.* Sinonim boala lui Sheaff, maladie ereditară, caracterizată prin prezenţa de miokimii, hipoglicemie şi tulburări în funcţia glandei tiroide.

MIOPATIA, *boala.* Sinonim distrofia musculară progresivă. Maladie de etiologie necunoscută sau încă discutabilă, în marea majoritate a cazurilor cu caracter familial şi ereditar, în care transmiterea se face obişnuit dominant sau cu aspect recesiv, legat de sex. Pare a fi determinată de o tulburare metabolică, care implică incapacitatea muşchiului afectat de a folosi fosfocreatina. Anatomia patologică arată leziuni atrofice ale fibrei musculare, cu proliferarea nucleilor sarcolemei şi a ţesutului conjunctiv, urmate de degenerarea grăsoasă a elementelor funcţionale sau de dispariţia lor, înlocuite de reacţia conjunctivă progresivă. Apare obişnuit în copilărie sau la vîrstele tinere, excepţional mai tîrziu, cu debut lent, progresiv, la nivelul centurilor cu mers extensiv distal. Atrofia muşchilor se însoţeşte de deficit funcţional progresiv, ambele manifestări avînd un mers paralel. Semne obiective, ca dispariţia contracţiei idiomusculare şi a reflexelor osteotendinoase, arată o evoluţie avansată. Excitabilitatea electrică prezintă modificări cantitative, cu hipoexcitabilitate progresivă şi reacţie de degenerescenţă. Eovluţia este de lungă durată, 10—20 ani, sfîrşitul survenind prin escare sau alte infecţii intercurente.

MIOPATIA CENTRONUCLEARĂ, *boala.* Descrisă în 1966 de Spiro, Shy şi Gonatas, încă rar relatată prin noutatea ei. Afecţiunea, congenitală, ereditară şi uneori familială, apare în mica copilărie, cu o evoluţie insidioasă şi de foarte lungă durată, exprimată prin amiotrofii difuze ale muşchilor scheletici, cu hipotonie, abolirea reflexelor osteotendioase şi idiomuscular. Este însoţită de discret deficit motor, predominent proximal, precum şi atingeri ale musculaturii oculare extrinsece. Anatomopatologic este caracteristic în această afecţiune prezenţa unui nucleu cu dispoziţie centrală, în cel puţin 70% din fibrele musculare. Anomalia ar consta deci în absenţa migrării nucleilor musculari în timpul miogenezei, cu stadiul de miotub (myotubular myopathy a anglo-saxonilor).

MIOPATIA DISTALĂ BIEMOND, *boala.* Este apropiată de miopatia tardivă a lui Welander. Este o miopatie distală cu caracter ereditar, autosomal, dominant. Debut după 30 ani, cu topografie distală şi evoluţie foarte lentă.

MIOPATIA DISTALĂ GOWERS, *boala.* Este o atrofie miogenă disgenetică cu transmisie autosomală, dominantă, caracterizată prin atingerea predominantă a sexului feminin, cu debut tardiv, după 40 ani. Sînt afectaţi în special micii muşchi ai extremităţilor, cu o evoluţie foarte lentă, benignă.

MIOPATIA DISTALĂ MELLONI, *boala.* Este o formă clinică a miopatiei distale a lui Gowers, în care sînt prinşi muşchii mîinii şi ai moletului.

MIOPATIA DISTALĂ WELANDER, *boala.* Atrofie miogenă, disgenetică, cu transmisie autosomală, dominantă, caracterizată prin debut tardiv, după 30 ani,

Scanned with OKEN Scanner

cu predispoziţie topografică iniţial distală şi cu evoluţie lentă.

MIOPATIA FACIOSCAPULOHUMERALĂ, *boala*. Maladie familială cu ereditate dominantă, autosomală. Descrisă de Landouzy-Déjèrine. Apare în a 2-a copilărie, afectînd iniţial muşchii feţei, cu realizarea faciesului miopatic, exprimat prin mimică săracă, puţin inteligentă, cu rîs „á travers", buza superioară proeminentă (de tapir) şi ochii larg deschişi, miraţi. Procesul afectează lent centura scapulohumerală.

MIOPATIA FEMURALĂ, *boala*. Sinonim maladia lui Leyden-Moebius. Formă de miopatie foarte rar întîlnită. Debutul este insidios, afectînd copii în jurul vîrstei de 10—12 ani, cu prinderea în procesul atrofic a musculaturii centurii pelviene, a muşchilor femurali şi gambieri. Procesul avansează foarte lent de sus în jos, atingînd succesiv muşchii coloanei vertebrale, cu realizarea unei lordoze de proporţii excepţionale, a unui torace în pîlnie, şi în final atingerea centurii branhiale, excepţional a feţei.

MIOPATIA JUVENILĂ PELVIANĂ ERB, *boala*. Afecţiunea descrisă de Erb, prinde muşchii fesieri şi muşchii coapselor, ocolind obişnuit croitorii şi tensorul fasciei late. La gambe afectaţi sînt peronierii şi tibialul anterior. Afecţiunea, neatingînd diafragmul în procesul evolutiv, permite o supravieţuire îndelungată.

MIOPATIA OCULARĂ, *boala*. Izolată în multe cazuri de oftalmoplegie nucleară progresivă. Semnele oculare pot constitui un termen evolutiv al miopatiei scapulohumerale de tip Landouzy-Déjèrine, sau pot marca debutul unei miopatii, uneori localizată eminamente în acest sector. Afecţiunea, obişnuit familială apare printr-un ptozis palpebral progresiv. Biopsia şi electromiografia sînt probe capitale în diagnosticul bolii.

MIOPATIA OCULARĂ DESCENDENTĂ, *boala*. Cuprinde cazurile în care miopatia oculară nu este decît termenul de debut al unei miopatii mai generalizate, care, progresiv, cuprinde teritorii descendente (muşchii gîtului, ai centurilor, faringelui, laringelui etc.).

MIOPATIA PIERRE-MARIE, *boala*. Formă rară de miopatie, caracterizată prin ptozis bilateral şi atrofia masticatorilor.

MIOPATIA PLEOCONIALĂ, *boala*. Nume sub care Shy desemnează paralizia periodică normokalemică, pe care o consideră diferenţiată de tipurile bine cunoscute, hiperkalemice şi hipokalemice. El consideră afecţiunea ca fiind caracterizată prin modificări morfologice şi biochimice ale mitocondriilor musculare.

MIOPATII PRIMITIVE PROGRESIVE. Vezi miopatia, boala.

MIOPATIA PROGRESIVĂ TARDIVĂ NEVIN, *boala*. Apartenenţa acestei entităţii nosologice în cadrul maladiilor musculare este încă discutabilă (miopatie propriu-zisă sau miozită). Prezintă următoarele caractere clinice : debut tardiv şi evoluţie rapidă. Începe cu slăbiciunea musculaturii rădăcinii membrelor ce evoluează repede pînă la tulburarea actelor cotidiene, însoţită de amiotrofii. În cursul evoluţiei sînt semnalate frecvent tulburări de deglutiţie. Anatomopatologic apar focare necrotice, diseminate, cu prezenţa de macrofage. Terapia cu hirmoni corticosuprarenali este salutară.

MIOPATIA PSEUDOHIPERTROFICĂ, *boala*. Sinonim maladia lui Duchenne. Afectează băieţii în jurul vîrstei de 5 ani. Afecţiunea este familială şi se transmite ereditar de mamă, după modul recesiv, legat de sex. Clinic, este caracteristic aspectul voluminos, pseudohipertrofic şi simetric al unor muşchi, ca moleţii gambelor, cvadricepsii, fesele, şi deltoizii, cu consistenţă fermă, neelastică. Forţa

Scanned with OKEN Scanner

musculară este totuşi mult scăzută, cu mersul legănat, compensînd slaba capacitate a extensiei gambelor. Ridicarea de la poziţia orizontală la verticală este patognomonică. Aceasta se realizează cu ajutorul mîinilor care se agaţă, şerpuind, de-a lungul membrelor inferioare. Stadiile succesive, de la pseudohipertrofia de debut, la atrofie şi, în final, la retracţia tendinoasă, imprimă poziţii vicioase (equinism). Evoluţia este lungă, cu exitus prin maladii intercurente.

MIOPATIA SCAPULOHUMERALĂ JUVENILĂ ERB, *maladia.* Apare în a 2-a copilărie şi la pubertate, prinzînd treptat musculatura centurii scapulohumerale, cu respectarea musculaturii distale şi a feţei.

MIOPATIA SCAPULOPERONIERĂ DAVIDENKOV, *boala.* Face parte din formele rare ale miopatiei. Este caracterizată prin localizarea amiotrofiilor, proximală la membrele superioare şi distală la membrele inferioare.

MIOPATIA SENILĂ, *boala.* Descrisă de Lhermitte. Este o mioscleroză progresivă ce survine la bătrînii purtători ai unei rigidităţi arteriosclerotice. Afectează în special membrele inferioare, progresiv dispuse în flexiune, într-o retracţie musculară ireductibilă.

MIOPATIA VACULARĂ TOXICĂ, *sindromul.* Administrarea îndelungată de Cloroquin pentru tratarea unei glomerulonefrite severe s-a soldat cu apariţia unei cvadriplegii flasce, amendată rapid prin suprimarea medicamentului. Biopsia a arătat supraîncărcarea fibrei musculare cu glicogen precum şi o degenerescenţă vacuolară întinsă şi difuză.

MIOPATIA ZIMERLIN, *maladia.* Vezi Zimerlin, boala.

MIOTONIA, *boala.* Vezi Thomsen, boala.

MIOZA, *semnul.* Contracţia puternică a pupilei, efect al excitaţiei aparatului parasimpatic pupiloconstrictor, care, plecînd din nucleii Edinger-Westphal prin fibrele parasimpatice, iau calea nervului motor ocular comun pînă la ganglionul cilial, de unde se îndreaptă spre constrictorul pupilar. Este semnalată în sifilisul nervos, în hemoragiile de trunchi cerebral sau ventriculare, în compresiuni tumorale ale trunchiului cerebral, în intoxicaţii cu alcool sau morfină, în coma uremică ş.a.

MIOZITA EPIDEMICĂ, *boala.* Vezi Bornholm, boala.

MIOZITA OSIFIANTĂ PROGRESIVĂ, *sindromul.* Descrisă de Munchmeyer, afecţiunea debutează în jurul vîrstei de 5 ani prin accese de slăbiciune motorie ale muşchilor cefei, ale rachisului, apoi ale membrelor superioare şi inferioare. În timpul puseului se produce o împăstare musculară dureroasă, cu roşeaţă regională şi febră. Muşchii în cauză prezintă o tumefacţie moale, elastică, prin hematoame infiltrate, care, cu timpul, devin dure, se osifică, determinînd atitudini vicioase şi deficit motor în creştere.

MOEBIUS, *semnul.* Constă în slăbirea convergenţei globilor oculari în maladia lui Basedow.

MOEBIUS, *sindromul.* Sinonim paralizia oculofacială neurogenă congenitală. Se manifestă prin paralizie bilaterală congenitală a nervului motor ocular extern, asociată cu paralizie concomitentă a facialului.

MOELLER-BARLOW, *boala.* Reprezintă o accentuată carenţă în acid ascorbic la copii mici. Se evidenţiază clinic prin prezenţa unor hematoame plasate sub periostul oaselor lungi şi ale cutiei craniene, care, uneori, generează pseudoparalizii dificil interpretabile nosologic.

MOERSCH şi WOLTMANN, *sindromul.* Este Stiffman-syndrome al lui M. şi W. De origine necunoscută. Debutul apare cu hiperkinezii dureroase, pseudoritmice,

Scanned with OKEN Scanner

accentuate prin stimulaţie mecanică şi frig, pasibile de oprire temporară prin mişcări voluntare, rigiditate progresivă de intensitate fluctuantă, cu jenă motorie progresivă şi severă, cu alterarea avansată a stării generale şi anxietate marcată. Se precizează prin electromiografie tulburări tonice extrapiramidale.

MOLLUSCUM PENDULUM, *semnul.* Formaţie tumorală cutanată, benignă, de consistenţă moale, variabilă ca dimensiuni, uneori în număr foarte mare, cu localizare preponderentă în jurul gîtului şi pe torace. Prezenţa sa este caracteristică în maladia lui Bourneville.

MONAKOW, *sindromul.* Sindrom altern mezencefalic, obişnuit de origină vasculară, caracterizat prin paralizia nervului motor ocular comun de partea leziunii, la care se asociază o hemiparestezie şi mişcări involuntare de tip coreo-atetozic de partea opusă.

MONBRUN-BENISTY, *sindromul.* Afectarea trigemenului, ramura oftalmică, în traectul său intraorbital, prin maladii ale orbitei şi ale globului ocular. Diagnosticul nevralgiei trigeminale rezultante se pune pe concomitenţa semnelor obiective de suferinţă regională.

MONDONESI, *semnul.* Folosit pentru determinarea sediului focarului lezional în comele vasculare. Constă în comprimarea globilor oculari, manevră care determină contractura muşchilor feţei de partea leziunii.

MONGOLISMUL, *boala.* Afecţiune congenitală, posibil ereditară şi familială, datorită unei tulburări de repartiţie cromosomială, caracterizată prin ceea ce se înţelege în limbaj genetic trisomie, adică prezenţa unui cromozom în plus peste numărul de 46 normal. Frecvenţa notată este de 1—3‰ de noi-născuţi. Se manifestă clinic prin tulburări patognomonice de dezvoltare fizică : microcefalie, cu ax oblic al orbitelor înclinat către interior, epicantus proeminent, gură întredeschisă permanent, faţa turtită, urechi mici situate posterior, limbă scrotală, mîini pătrate, talie mică, hipotonie musculoarticulară, la care se adaugă o debilitate mintală avansată. Majoritatea afectaţilor nu depăşesc adolescenţa.

MONONEVRITELE, *sindromul.* Afecţiuni ale nervilor periferici cu simptomatologie corespondentă senzitivomotorie, determinate cel mai adesea prin factori traumatici (secţiune, compresiune, sdrobire, smulgere), cicatrici regionale musculare şi fibroase, procese alergice (seruri, vaccinuri etc.), infecţii (obişnuit viroze), afecţiuni vasculare (periarterita nodoasă, trombangeita obliterantă, embolii etc.), hemopatii, intoxicaţii externe (saturnism) intoxicaţii interne (diabet) etc.

MONONEVRITE DISEMINATE, *sindromul.* Vezi mononevritele.

MONONUCLEOZA INFECŢIOASĂ, *boala.* Maladie de sistem, probabil de origină virală, ce poate afecta sistemul nervos central şi periferic, asociind semnelor proprii ale bolii şi tulburări nervoase de tipul meningitei, meningoencefalitei sau polinevritei. Semnele neurologice apar în a doua săptămînă de la debutul bolii, cu cefalee, confuzie mintală, delir, rar convulsii şi comă. În general prognosticul e bun însă polinevrita poate lua uneori un mers ascendent, sever. Biologic se notează leucocitoză cu mononucleare anormale, hipercitoză rahidiană (10—500 celule pe mm^3) şi un titru de aglutinare de peste 1/64.

MONOPLEGIA, *sindromul.* Desemnează paralizia localizată la o singură regiune a corpului (facială, brachială sau crurală) determinată fie prin leziuni centrale, localizate la nivelul scoarţei, emisferelor cerebrale sau măduvei spinării, fie prin leziuni periferice, în special cele de plex nervos. După sediul leziunii şi simptomatologia poate lua aspectul unei paralizii fie centrale, cu semne piramidale şi

Scanned with OKEN Scanner

trofice, fie periferice, cu areflexie, hipotonie şi tulburări trofice.

MORBUL POTT, *boala.* Este forma cronică a inflamaţiei tuberculoase a corpilor vertebrali. Afectează în special vîrstele tinere. Semnele radiologice premergătoare apariţiei suferinţei medulare arată carii osoase, scleroză reactivă a corpului vertebral şi pensarea discului intervertebral. Gibozitatea este deja mărturia evolutivă severă a suferinţei osoase, cu prăbuşirea coneiformă a corpului vertebral afectat. Simptomatologia nervoasă, radiculomedulară, este de tip compresiv şi exprimă o evoluţie gravă a afecţiunii, în lipsa unei terapii anticipante. Algiile radiculare de la nivelul afecţiunii osoase, alături de o simptomatologie medulară cu semne discrete de iritare piramidală, constitue momentul optim de intervenţie medicală (laminectomie cu grefon osos, corset de imobilizare a mişcărilor coloanei, helio şi antibioterapie). Lăsată în voia soartei, paraparezia iniţială se transformă în paraplegie spastică şi, în final, în paraplegie flască definitivă, asupra căreia orice acţiune medicochirurgicală rămîne inoperantă.

MORBUS RILEY, *boala.* Vezi disautonomia familială.

MORBUS SACER, *maladia.* Reprezintă vechea denumire latină a epilepsiei.

MORFOGNOZIA, *semnul.* Reprezintă capacitatea de a recunoaşte un obiect numai prin simţul tactil. Afectat în grade diferite, în maladiile însoţite de tulburări mai accentuate ale sensibilităţii.

MORGAGNI, *sindromul.* Constă în îngroşarea masivă, neregulată, mamelonată a tablei interne a solzului osului frontal. Se însoţeşte de adipozitate, virilism, uneori glicozurie şi poliurie. Clinic se manifestă prin cefalee, tulburări neurovegetative, ridicări ale valorilor tensionale şi uneori tulburări psihice, care pot fi foarte accentuate. Afecţiunea apare exclusiv înaintea menopauzei.

MORIA, *semnul.* Stare psihică particulară, obişnuită sindroamelor de lob frontal, caracterizată prin euforie nejustificată, puerilism în gîndire şi comportament precum şi tendinţă la glume (Jastrowitz).

MORSIER, *sindromul.* Sinonim sindrom diencefalic posterior. Se caracterizează prin atacuri paroxistice de diskinezii de scurtă durată, urmate frecvent de pierderea cunoştinţei. Simptomatologia critică se poate însoţi de halucinaţii vizuale sau auditive şi frecvent de dereglări termice, cu hiperemie apreciabilă ca şi de hipersudaţie. Etiologia encefalitică pare a fi frecvent în cauză.

MORTON, *boala.* Sinonim metatarsalgia. Pare a fi determinată de un proces foarte atenuat de osteomielită a nucleului epifizar sau de prezenţa unui nevrom interdigital al nervului plantar la nivelul spaţiului al II-lea sau al III-lea. Afecţiunea se caracterizează prin dureri penibile ale părţii anterioare a piciorului, la nivelul capetelor metatarsienelor, cu exacerbări în timpul activităţii şi la presiunea liniei metatarsofalangiene.

MOSCOWITZ, *boala.* Afecţiune determinată de leziuni ale sistemului nervos central şi ale altor organe, afectînd arteriolele terminale şi capilare printr-o tromboză hialină şi proliferare endotelială. Este de o gravitate excepţională. Asociază o afecţiune febrilă acută, o anemie hemolitică, purpura şi tulburări neurologice de tip fluctuant.

MOUTARD-MARTIN, PARTOURIER, *semnul.* Descris în sciatică. Constă în determinarea de partea bolnavă a durerii prin cercetarea semnului lui Lasegue de partea sănătoasă.

MOXON, *sindromul.* Complicaţie încă neclarificată patogenic a sarcinei şi travaliului. Se caracterizează prin apariţia obişnuit bruscă a unei paraplegii de tip

Scanned with OKEN Scanner

flasc sau spasmodic, determinată de leziuni cu sediul în măduva toracolombară şi pasibilă de sekele definitive.

MÜLLER, *boala.* Sinonim sclerozis multiplex dolorosa. Este vorba de forma dureroasă a sclerozei în plăci, cu cefalalgii, dureri nevralgice, parestezii dureroase etc.

MÜLLER, *semnul.* Înserat în seria puţinelor şi discutabilelor semne obiective ale sindromului subiectiv tardiv posttraumatic. Constă în dilataţia micilor vase ale timpanului, vizibile la examenul local.

MULTINEVRITELE, *sindromul.* Sinonim mononevrite diseminate. Cauzele determinante sînt aceleaşi cu cele descrise la paragraful mononevritelor (vezi Mononevritele). Debut cu prinderea succesivă a mai multor nervi distanţaţi, fiecare cu evoluţia lui proprie caracteristică algoparetică, cu sau fără tulburări obiective de sensibilitate şi de reflectivitate, adesea cu edem trofic şi amiotrofii. Evoluţia se suprapune procesului patologic general care le condiţionează apariţia.

MUTISMUL AKINETIC, *sindromul.* Afecţiune caracterizată prin suprimarea stării de conştienţă, a mecanismelor instinctuale ale emoţiei, cîteodată cu o stare de veghe aparentă, însă cu anularea oricărei reacţii senzitive sau sensoriale ca şi a oricărei expresii motorii şi de vorbire, fără conexiune aparentă cu mediul ambiant, indiferenţă totală şi lipsă de răspuns, la orice stimul din exterior. Alterările sistemului nervos care determină acest sindrom angajează integritatea sistemului reticular ascendent activator, necesară funcţiei dinamogene de activitate şi de conştinţă. Leziunile determinante descrise pînă acum ca generatoare ale acestui sindrom se găsesc înscrise într-o largă regiune care începe cu istmul encefalului (leziunea ventriculului al IV-lea), zona periapeducală, se prelungeşte cu angajarea nucleilor de la bază, a hipotalamusului, cuprinde nucleul median al talamusului şi urcă către scoarţa cerebrală spre porţiunile acesteia legate funcţional de formaţiile susamintite (girus cinguli, hipocampul, uncusul şi ariile frontale). Este determinat obişnuit de traumatisme craniene, accidente vasculare cerebrale, stări inflamatorii şi tumori cerebrale (în special tumori ale ventriculului al III-lea şi tumori ale hipotalamusului).

MUTITATEA, *boala.* Defectivitate verbală la subiecţi care nu au vorbit niciodată.

Scanned with OKEN Scanner

N

NAFFZIGER, *semnul.* Întîlnit în sciatica prin hernie de disc. Constă în determinarea durerii în regiunea lombară şi în traectul nervului sciatic afectat prin comprimarea venelor jugulare.

NAFFZIGER, *sindromul.* Vezi sindromul scalenilor.

NANISM RENAL CU CISTINURIE, *maladia.* Vezi Lignac, maladia.

NARCOCATAPLEXIA, *sindromul.* Vezi Gelineau sindromul.

NARCOLEPSIA, *sindromul.* Hipersomnie paroxistică, caracterizată prin senzaţie irezistibilă de somn. Subiectul adoarme în timpul activităţii. Somnul psihic este însă puţin profund, permiţînd uneori continuarea automatică a activităţii şi fixarea mnestică a situaţiilor din timpul accesului. Inhibiţia funcţiilor vigile ale formaţiei reticulate este încă neexplicată. Semnalată în afecţiuni ca encefalite, traumatisme craniocerebeloase, tumori hipofizotalamice etc.

NECROZA SIMETRICĂ TOXICOCARENŢIALĂ A NEOSTRIATULUI, *boala.* Afecţiune rară, descrisă în 1938 de Verhaart în care necroza simetrică a putamenului şi a nucleului caudat este determinată de condiţiuni toxicocarenţiale şi uneori infecţioase (Matheison şi Olsewski). În atare cazuri a fost descrisă şi o mielinoliză centropontină concomitentă. Evoluţie gravă cu rigiditate şi comă.

NEGRO, *semnul.* Prezent în paralizia facială periferică. Constă în denivelarea pupilelor cînd privirea plafonează, pupila de partea paralizată fiind cea mai ridicată. Mecanismul acestui semn este încă neclar.

NEMALIN-MIOPATIA. Afecţiune musculară congenitală, frecvent familială, neevolutivă, cu predispoziţie proximală. Biopsia musculară arată prezenţa sub sarcolemă a numeroase grămezi de bastonaşe de nemalină care, uneori, înlocuiesc în totalitate fibra musculară.

NERI, *semnul.* Întîlnit în special în forma radiculară a sciaticiei. Constă în determinarea durerii în regiunea lombară şi de-a lungul nervului sciatic afectat prin

Scanned with OKEN Scanner

flexiunea activă sau pasivă a capului bolnavului aflat în decubit dorsal.

NERI, *semnul.* Pune în evidenţă hipertonia musculară în hemiplegia organică. În acest scop se efectuează manevra Lasègue a membrului inferior paralizat, menţinut în extensie. La un unghi de 40—45°, membrul inferior acuză flexiunea automată a gambei pe coapsă, în caz de hiperatonie musculară.

NERV RADIAL, PARALIZIA DE RAMURĂ PROFUNDĂ. Paralizia izolată a acestei ramuri exclusiv motorie în afara unui traumatism constituie un sindrom foarte rar întîlnit. Debut insidios şi progresiv, afectînd rînd pe rînd extensia degetelor cu amiotrofii suprapuse. Explorarea chirurgicală a traiectului ramurei profunde elucidează etiologia, terapia suverană constînd din excluderea procesului anatomic ce determină suferinţa nervului, tumori, lipoame, bursite chistice etc.).

NEURINOM, *tumora.* Tumori, obişnuit benignă, cu originea în celulele Schwann ale tecilor rădăcinilor spinale şi ale nervilor periferici, din care cauză i se mai spune şi Schwanom. Simtomatologia în funcţie de localizare (neurinom acustic, al cozii de cal etc.).

NEURINOMUL ACUSTIC, *tumoră.* Tumoră benognă, deţinînd procentul de 8,5% din totalul tumorilor cerebrale, mai frecventă la femei, cu debutul obişnuit după vîrsta de 40 ani. Ia naştere din ramura vestibulară a nervului acustico-vestibular, localizată în unghiul pontocerebelos, la nivelul porului acustic intern. Evoluţie lentă şi progresivă, cu manifestări clinice iniţial otologice, acufene şi hipoacuzie unilaterale, la care se adaugă sporadic ameţeli şi tulburări de echilibru. Într-o fază mai înaintată se evidenţiază semne otoneurologice, cu accentuarea hipoacuziei, cu semne subiective şi obiective de suferinţă trigeminală, pareză facială, semne piramidale controlaterale şi semne cerebelovestibulare. Paralel cu creşterea tumoarei sînt angajate formaţiile nervoase învecinate, cerebelopontobulbare, cu semne de agravare, în final cu hipertensiune intracraniană. Folosirea radiografiei craniului în poziţia Stenvers, pentru vizualizarea porului acustic intern, poate permite diagnosticul în timp util, cînd intervenţia chirurgicală este salutară.

NEUROFIBROMATOZA, *boala.* Vezi Reklinghausen, boala.

NEUROLABIRINTITA SPECIFICĂ, *sindromul.* Formă tardivă, relativ frecventă, a sifilisului. Se caracterizează clinic prin surditate de percepţie, însoţită de vertij, cu hiporeflectivitate vestibulară apreciabilă. Tulburările apar brusc sau rapid, cu caşeta iniţială a unei atingeri vestibulare izolate sau disociate şi cu o reducere impresionantă a percepţiei osoase. Concomitenţa unei paralizii faciale este deosebit de sugestivă asupra diagnosticului etiologic, analiza l.c.r. fiind riguros indicată.

NEUROLEPTANALGEZIA, *tehnica.* Metodă anesteziologică, utilizînd un neuroleptic şi un analgezic. Utilizată în psihiatrie cu efecte apreciabile anxiolitice, halucinolitice, antidelirante şi antiautistice.

NEUROLIZA, *tehnică neurochirurgicală.* Distrugerea unei părţi a nervului senzitiv corespunzînd teritoriului dureros, prin injectarea în nerv sau în jurul lui a 1—2 cmc dintr-o soluţie de alcool de 80° şi cocaină 10 ctg. Se practică în special în nevralgia trigeminală esenţială prin metoda superficială sau profundă, aceasta din urmă rezervată formelor dureroase rezistente sau recidivante. Ea vizează trunchiurile nervoase mari şi ganglionul lui Gasser.

NEUROMIELITA OPTICĂ, *boala.* Sinonim oftalmoneuromielita, impusă ca entitate neurologică de Devic, în 1899, în

Scanned with OKEN Scanner

ultimul timp afirmîndu-se tendinţa de a fi asimilată sclerozei în plăci. Afectează în special tinerii, instalîndu-se brusc cu tablou clinic inflamator în cadrul căruia apar în cîteva zile semnele oculare, obişnuit anticipînd pe cele medulare, uneori concomitent. Vederea se alterează treptat, iniţial scotom central, după care tulburările pot avansa pînă la cecitate completă. Semnele medulare sînt de tipul mielitei transverse, diseminate sau parţiale. Procesul demielinizant atacă cu predilecţie nervii optici şi substanţa albă medulară. Evoluţia variabilă, gravă pînă la exitus, medie cu sekele sau pasibilă de restituţio ad integrum.

NEURONITELE, *sindromul.* Desemnează afecţiuni situate exclusiv în corpul celular (GRASSET) la care se pot adăuga leziuni secundare ale axonului. Leziunea intranevraxială (coarnele anterioare ale măduvei), interesează funcţia neuronului motor periferic şi se traduce clinic prin deficit motor corespondent, hipo sau areflexie osteotendioasă şi tulburări trofice sub formă de atrofie musculară cu contracţii musculare locale sub formă de fasciculaţii. Forma aceasta de atrofie musculară are denumirea de mielopatică şi este comună poliomielitei acute şi altor afecţiuni acute sau cronice cu sediul la acest nivel.

NEUROPATIA AMILOIDĂ. În general afecţiunea este ereditară, transmisia făcîndu-se după modul recesiv sau dominat cu o netă predominanţă masculină. Diagnosticul pozitiv pe baza examenului histopatologic al ţesuturilor (piele, nervi, muşchi, mucoasă gingivală şi rectală). La nivelul nervilor, substanţa amiloidă se poate pune în evidenţă în perinerv. Mecanismul leziunilor nervoase poate fi conceput prin tulburarea generală a metabolismului protidelor ca şi prin reducerea schimburilor la nivelul vasonervorum infiltrate în procesul amiloidian.

NEUROPATIA AMILOIDĂ SPORADICĂ, *boala.* Semnalată incidental, ea apare pe fondul unei atingeri profunde a stării generale, cu importantă pierdere în greutate, însoţită de tulburări cardiace obişnuite şi persistente (de ritm, bloc de ramură etc.) şi tulburări gastrointestinale cu modificări linguale. Sindromul neurologic este de tipul unei neuropatii senzitivomotorii a celor patru membre, cu fasciculaţii şi tulburări termoanalgezice. Biologic se poate pune în evidenţă o hipoproteidemie, cu creşterea globulinelor plasmatice. Biopsia neuromusculară relevă depozite specifice, infiltrînd interstiţiul nervos şi mai puţin vasonervorum.

NEUROPATIA BRACHIALĂ ISCHEMICĂ. Afecţiune comună femeii tinere caracterizată prin parestezii şi senzaţie de slăbiciune în membrul superior determinată de compresiunea arterei subclaviculară între claviculă şi prima coastă, într-o anumită poziţie a capului şi a braţului. În această postură pulsul şi tensiunea scad, deasupra subclavicularei apărînd un murmur intens.

NEUROPATIA DIABETICĂ. În cursul diabetului zaharat evolutiv pot apare determinări nervoase care constituesc cadrul complex al neuropatiei diabetice : algii, pareze, tulburări de reflexe, tulburări vasomotorii trofice, sexuale, pareze ale nervilor cranieni. Electromiografia permite afirmaţia că la un mic număr de bolnavi afectaţi de crize motorii, există alături de o componentă neurogenă şi o componentă miogenă. Chiar şi examenele biopsice au pus în evidenţă la unii purtători de paralizii atrofice, caractere histologice miopatice.

NEUROPATIA INTERSTIŢIALĂ HIPERTROFICĂ PROGRESIVĂ, *boala.* Vezi polinevrita hipertrofică progresivă familială.

NEUROPATIA PARANEOPLAZICĂ Forma pură senzitivă descrisă de Denny-Brown şi forma senzitivomotorie descrisă de Wyburn-Masson pot evolua timp în-

Scanned with OKEN Scanner

delungat (luni de zile) sub forma unei neuropatii de origine necunoscută pînă ce primele semne ale neoplaziei elucidează adevărata etiologie.

NEUROPATIA SENZITIVĂ. Descrisă în 1948 de Danny-Brown. Reprezintă un aspect clinic de neuropatie periferică şi mielopatie degenerativă din cursul evoluţiei afecţiunilor maligne determinat de degenerescenţa rădăcinilor şi a cordoanelor posterioare ale măduvei realizînd clinic un tablou cu aspect tabetic în care predomină tulburările de sensibilitate profundă şi ataxia.

NEUROPATIA SENZITIVĂ EREDITARĂ. Termen acordat de anglo-saxoni acropatiei ulcero-mutilante familiale, maladia lui Thévenard (vezi cap. resp.).

NEUROSIFILISUL CONGENITAL, *boala*. Determinat de infectarea fătului în timpul sarcinii dela mama sifilitică. Leziunile sistemului nervos sînt asemănătoare celor din sifilisul dobîndit, deşi într-un procent apreciabil de cazuri, nu sînt semne clinice evidente. Obişnuit copiii prezintă stigmate ca keratita interstiţială dinţii lui Hutchinson, ragade la colţul gurii, perforarea palatului, nas în şea etc.

NEUROSIFILISUL VASCULAR CEREBRAL, *boala*. Caracterizat prin prezenţa unor sau unei endarterite sifilitice trombozante capabilă să determine infarct cerebral cu simptomatologia suprapusă localizării topografice. Accidentul vascular cerebral realizat este destul de rar, survenind la o vîrstă tînără, obişnuit cu o simptomatologie progresivă, cu hemiplegii ce se instalează în 2—3 zile, pasibilă de o recuperare mai bună comparativ cu celelalte accidente vasculare ale arteriosclerozei cerebrale. Biologic, reacţiile în sînge sau l.c.r. indică eiologia accidentului care, imediat, este supus unei terapii intensive antibiotice, poate evolua favorabil.

NEVRALGIA ABDOMINOGENITALĂ. Algii uni sau bilaterale localizate de-a lungul cordonului inguinal cu iradieri în regiunea pubiană, scrot sau buzele mari şi spre regiunea tegumentară superointernă a coapsei, determinate de iritarea primei rădăcini lombare sau a primei ramuri a plexului lombar (nervii marele şi micul abdominogenital) prin procese patologice intrarahidiene, vertebrale sau paravertebrale.

NEVRALGIA CERVICALĂ DIFUZĂ, *sindromul*. Determinată de modificări patologice ale coloanei cervicale (discartroză, traumatisme ale coloanei, morb Pott, tumori osoase sau ale maselor musculare etc.) ori, simplu, de imobilitatea profesională a capului prin contractură nucală îndelungată (şoferi, dactilografe). Durerile cuprind întreaga regiune a cefei, cu senzaţie dezagreabilă de înţepenire şi constricţie nucală, cel mai adesea cu tendinţă de iradieri cervicooccipitale sau cervicobrachiale.

NEVRALGIA DE NERV CRURAL, *sindromul*. Bine diferenţiată de nevralgia sciatică şi meralgia parestezică, se caracterizează prin algii localizate pe faţa anterioară a coapsei. Obiectiv, durerea poate fi provocată sau exacerbată, prin manevra de hiperextezie a coapsei (inversul manevrei Lasègu). Este determinată de factori iritativi ce intervin la nivele diferite pe traiectul nervului (fracturi ale coloanei lombare, afecţiuni ale micului bazin, artrite cronice ale coapsei, hernii, ganglioni sau anevrisme la nivelul arcadei femurale etc.

NEVRALGIA DIGITALĂ, *sindromul*. Vezi metacarpalgia, sindromul.

NEVRALGIA GLOMICĂ, *sindromul*. Determinată de tumori ale glomului cu bogată inervaţie senzitivă şi vegetativă, consecinţe ale unor traumatisme. Răspîndirea acestuia la extremităţile membrelor (pulpele degetelor şi patul unghial), la lobii urechilor, pe regiunile descoperite ale pielii, la nivelul carotidelor, organelor

Scanned with OKEN Scanner

genitale şi de-a lungul vaselor, explică topografia atît de răspîndită a sindromului. Local, pielea este obişnuit subţiată şi eritematoasă, foarte sensibilă la orice excitant. Iniţial durerea localizată apare sporadic, însă, treptat, iradiază din aproape în aproape, cuprinzînd teritorii vaste şi devenind continuă, cu un caracter algovegetativ penibil. Se însoţeşte frecvent de reacţii psihice alarmate. Terapia este exclusiv chirurgicală, prin extirparea tumorii glomice.

NEVRALGIA GLOSOFARINGIANĂ, *sindromul.* Rară ca incidenţă clinică, afectează obişnuit vîrstnicii. Se descrie o formă idiopatică şi una secundară unor procese endocraniene de bază în etajul posterior sau cu localizări în regiunea maxilofaringiană. Caracterul durerii este asemănător ticului dureros al feţei : paroxisme dureroase penibile cu sediul în unghiul mandibulei, faringe şi baza limbei, cu iradiere în regiunea amigdaliană şi conductul auditiv extern.

NEVRALGIA-MIGRENA LUI PUTNAM. Aspect clinic de migrenă oftalmică, caracterizată prin dureri oculare, cu senzaţie penibilă, de nisip în ochi, hipersecreţie lacrimală şi lăcrimare, stare de oboseală subită, uneori cu curbatură, şi prezenţa permanentă a unui sindrom Claude-Bernard-Horner. Uneori decolorarea mustăţii, genelor şi sprîncenelor de aceeaşi parte.

NEVRALGIA MORTON, *boala.* Vezi Morton, boala.

NEVRALGIA OBTURATOARE, *sindromul.* Determinată de compresiunea nervului respectiv la nivelul găurii obturatoare ca şi prin presiunea muşchilor adductori ai coapsei. Este însoţită de o uşoară contractură a adductorilor coapsei care limitează abducţia.

NEVRALGIA OCCIPITALĂ. Algie cu localizare la nivelul occipital şi a muşchilor superiori ai cefei, cu maximum de intensitate la emergenţa nervului occipital al lui Arnold, a cărei compresiune este foarte dureroasă. Are mai mult caracterul unei ghiare în regiunea cefei, cu caracter progresiv diurn exacerbată de stările emotive, survenind în special la persoane cu îndeletniciri profesionale ce necesită semiflexiunea capului timp mai îndelungat.

NEVRALGIA RUŞINOSULUI INTERN. Algii paroxistice survenind după micţiune, ejaculare sau fără motiv, de obicei noaptea la persoane cu apreciabilă încărcătură nevrotică. Algia este localizată în penis sau regiunea vulvară, cu iradieri profunde spre rect şi anus.

NEVRALGIA SPERMATICĂ. Algii paroxistice ale cordonului spermatic şi ale testicolului, generate obişnuit de afecţiuni organice ale cordonului şi testicolului sau ale coloanei lombare sperioare. Pot apare independent de orice leziune organică, în cadrul unei nevroze sexuale.

NEVRALGIA TRIGEMINALĂ. Sinonim boala lui Fothergill, ticul dureros al feţei. Caracterizată prin crize dureroase, violente şi subite ale feţei cu mers repetitiv paroxistic şi fără tendinţă spre vindecare spontană. Forma simptomatică survine la toate vîrstele şi recunoaşte obişnuit iritarea trigemenului într-un punct al traiectului său de la origine la periferie (tumori, anevrisme ale carotidei, scleroza în plăci etc.). Forma esenţială de cauză necunoscută, survine la o vîrstă mai înaintată (după 50 de ani) mai frecvent la femei. Întotdeauna unilaterală, debutînd la o singură ramură (obişnuit maxilar superior) cu caracter discontinu, cu spaţii intercritice de acalmie completă, fără tulburări de sensibilitate obiectivă, fără alte prinderi de nervi cranieni de vecinătate. Se însoţeşte de manifestări reflexe motorii (secuse musculare tonice ale feţei) vasomotorii şi secretorii (hiperlacrimaţie).

NEVRALGIA VIDIANĂ, *sindromul.* Vezi Vail, nevralgia.

Scanned with OKEN Scanner

NEVRAXITA. Termen generic ce însumează afecţiunile inflamatorii ale nevraxului.

NEVRITA INTERSTIŢIALĂ HIPERTROFICĂ PROGRESIVĂ, *maladia.* Vezi polinevrita hipertrofică progresivă familială.

NEVRITA RETROBULBARĂ, *sindromul.* Sinonim nevrita axială. Caracterizează afectarea nervului optic în segmentul retrobulbar, obişnuit prin procese inflamatorii, leziunea angajînd în special fibrele optice papilo-maculare. Clinic se manifestă prin tulburări ale vederii centrale. Oftalmoscopic iniţial modificări minime ale papilei nervului optic, uneori cu aspect de congestie sau de uşoară estompare a marginilor papilare.

NEVRITA RETROBULBARĂ CHIASMATICĂ, *sindromul.* Descrisă de Roenne, este un sindrom chiasmatic de natură inflamatorie. Contestat ca individualitate patologică de unii autori, sindromul se caracterizează printr-o atingere centrală preponderentă a cîmpului vizual, cu scotom central ce prezintă fluctuaţii particulare.

NEVRODOCITA, *sindromul.* Reprezintă suferinţa unui nerv care trece printr-un canal osos, osteofibros sau aponevrotic afectat de un proces inflamator. Simptomatologia paralitică sau algică consecutivă este recunoscută în anumite paralizii facile a frigore, nevralgii trigeminale, nevralgii occipitale, nevralgii sciatice etc.

NEVROM, *tumora.* Desemnează procesul tumoral al unui nerv. Nevromul de amputaţie, frecvent întîlnit în clinică, se dezvoltă la nivelul secţiunii nervului, însoţit uneori de algii insuportabile.

NEURONITA VESTIBULARĂ, *sindromul.* Semnalat la presoane vîrstnice, se caracterizează prin apariţia unor paroxisme de ameţeală labirintică, în absenţa hipoacuziei şi a acufenelor. Poate fi semnalul unei scleroze în plăci incipiente sau a unor afecţiuni a căilor respiratorii superioare.

NICTALGIA PARESTEZICĂ A MAMBRELOR SUPERIOARE, *sindromul.* Semnalat în special la femei, între 40 şi 50 ani, cu apariţie nocturnă, favorizat, pare-se, de imobilitatea corpului şi relaxarea muşchiulară. În aceste condiţii iritarea şi compresiunea pachetului vasconervos în defileele costoclavicular şi interscalenic pare a fi în cauză. Simptomatologia se caracterizează printr-un amestec de parestezii distale şi algii brachiale ce dispar prin mobilizarea activă a mîinilor şi braţelor.

NICTALOPIA, *semnul.* Scăderea acuităţii vizuale în timpul nopţii prin procese toxice, alcool, plumb sau avitaminoză A.

NIEMANN-PICK, *boala.* Afecţiune familială şi congenitală survenind preferinţial la fetiţele evreice de cea mai mică vîrstă. Este o maladie metabolică de supraîncărcare, o neurofosfolipidoză, asemănătoare idioţiei amaurotice. Apare la vîrsta de 3—6 luni cu hepatosplenomegalie, ascită, deteriore mintală, parapareză spastică, crize convulsive. Uneori şi semne oculare ale bolii Tay-Sachs. Evoluţie fatală în 1—2 ani.

NISHIMOTO, *boala.* Entitate nosologică nouă, afectînd cu predilecţie bolnavi de origine japoneză. Afecţiunea constă într-o întrerupere bilaterală a carotidelor la nivelul sifonului şi în prezenţa unei fine reţele profunde care asigură vascularizarea principalelor artere cerebrale, cu asociere frecventă de anevrisme arteriale. Clinic apar, la vîrsta tînără, atacuri paralitice rezolutive, crize de epilepsie jacksoniană, hemoragii subarahnoidiene, cefalee paroxistică şi uneori întîrziere mintală. Natura leziunilor oscilează între malformaţia congenitală a vaselor şi o arteriopatie evolutivă.

NISTAGMUS DE FIXAŢIE, *semnul.* Oscilaţii ale globilor oculari ce apar după

fixarea prelungită a unui obiect, cu direcţia orizontal-rotatorie, aspect pendular, durată de cîteva secunde, ritm regulat şi amplitudine egală. Fără semificaţie patologică.

NISTAGMUS EREDITAR ŞI CONGENITAL. Formă clinică de nistagmus care apare în mediu familial înaintea vîrstei de 6 luni fără cauză aparentă. Este atribuit fie unei anomalii congenitale a nervilor vestibulari, fie unei anomalii a pigmentaţiei regiunii maculare. Se însoţeşte uneori de vicii de refracţie, de mişcări ritmice ale capului, lucru ce a dus la supoziţia apartenenţei lui la tremurăturile eredofamiliale ale capului şi membrelor.

NISTAGMUS OCUPAŢIONAL, *sindromul.* Denumit şi nistagmusul minierilor, în această profesiune fiind întîlnit cu mai mare frecvenţă, în special în minele de huilă. Survine obişnuit în crize la care se pot asocia diplopia, oscilaţia obiectelor, uneori tulburări vegetative şi psihice.

NISTAGMUS PERIODIC ALTERNANT, *semnul.* Oscilaţii ale globilor oculari ce apar spontan în direcţia orizontală schimbătoare, la dreapta, apoi la stînga, cu aspect smucit al mişcărilor, cîteva minute într-o direcţie şi după o pauză de circa o secundă, alte cîteva minute în cealaltă direcţie. Ritmul oscilaţiilor este regulat cu amplitudine crescîndă, apoi descrescîndă. Apare în contextul unor leziuni cerebeloase, cochleare şi vestibulare.

NISTAGMUS RETRACTORIUS, *semnul.* Retracţia ritmică a globilor oculari cu ocazia efortului de a privi în sus. Semn clinic de mare valoare localizatoare a leziunii la nivelul acoperişului mezencefalic, asociat cu paralizie de verticalitate şi areflexie pupilară. Natura leziunii obişnuit tumorală, neoformaţii ale pinealei sau gliome de vecinătate, poate fi şi vasculară, prin mici ramolismente în teritoriul coroidianei posterioare.

NISTAGMUS VERTICAL. Prezent în leziunile de trunchi cerebral. Semnalat şi în tumorile de ventricul IV sus-situate, cu compresiune forte asupra planşeului ventricular.

NOGUCHI-MOORE, *metodă de laborator.* Utilizată pentru cercetarea calitativă a serumalbuminelor în l.c.r., cu acid butiric în prezenţa NaOH. Reacţia este negativă în cazul l.c.r. normal.

NONNE-APPELT-SCHUMAN, *reacţie de laborator.* Metodă pentru cercetarea calitativă a globulinelor în l.c.r. în prezenţa unei soluţii saturate de amoniu. Negativă în l.c.r. normal, prin pozitivitatea ei indică afecţiuni inflamatorii ca meningite, meningita t.b.c., luesul nervos şi scleroza în plăci.

NONNE-MARIE, *boala.* Vezi eredoataxia cerebeloasă.

NONNE-MEIG-MALORY, *boala.* Afecţiune congenitală şi familială rară, generată de leziuni ale sistemului nervos central vegetativ. Apare în copilărie şi se manifestă prin apariţia unui edem alb şi moale, la unul sau la mai multe segmente distale, faţa şi picioarele fiind ocolite. Semnele clinice se exacerbează în perioada de activitate sexuală.

NORMAN, *boala.* Vezi atrofia congenitală a stratului granular.

NORRIS-FAWCETT, *semnul.* Întîlnit în hipertensiunea intracraniană, în faza premergătoare unei angajări permanente temporale în fanta lui Bichat. Constă în determinarea unei midriaze de partea sindromului proliferativ supratentorial prin manevra de flectare a capului de către examinator. În acest fel se produce o angajare momentană cu compresiuni pe trunchiul cerebral.

NOTALGIA PARESTEZICĂ, *sindromul.* Se caracterizează prin dureri de-a lungul coloanei cervicale determinate printr-o nevrită a ramurilor posterioare ale nervilor spinali.

Scanned with OKEN Scanner

NOTHNAGEL, *sindromul*. Aspect caracteristic de sindrom altern realizat de leziuni ale pedonculului cerebral la nivelul tuberculilor cvadrigeminali, obişnuit prin procese patologice vasculare sau tumorale. Constă în paralizia perechii a III-a craniană de partea leziunii la care se asociază o hemiataxie de partea opusă.

NOTHNAGEL-MINGAZZINI, *sindromul*. Sinonim hemiplegia lenticulara, origine obişnuit vasculară. Constă într-o leziune întinsă a nucleului lenticular, exprimată clinic prin hemiplegie încrucişată în contractură însoţită de tulburări de sensibilitate şi anartrie. Recent se impune o reconsiderare a sediului leziunii, care cuprinde şi capsula internă.

NYSSEN-VAN BOGAERT, *boala*. Atrofie spinopontocerebeloasă a copilăriei, familială, cu ereditare recesivă. Se caracterizează printr-o întîrziere severă în dezvoltarea fizică şi psihică, fără însuşirea vorbirii, cu ataxie manifestă, cu tulburări ale auzului şi ale vederii pînă la atrofia papilelor optice. Exitus obişnuit în prima copilărie.

Scanned with OKEN Scanner

O

OBERLING-NORDMANN, *boala.* Vezi gliomatoza neuroperivenoasă a nervului optic.

OBLITERAREA TRUNCHIULUI BAZILAR, *sindromul.* De obicei precedat de sindromul de insuficienţă circulatorie a sistemului arterial bazilar, descris de Milikan şi Siekert. Tromboza trunchiului bazilar se traduce prin hemiplegie în basculă şi printr-o cvadriplegie terminală, asociată cu atingeri multiple de nervi cranieni, tulburări cerebeloase şi de cunoştinţă. Ramolismentele consecutive, adesea de vîrste diferite, ocupă cu predilecţie trunchiul cerebral, în special puntea şi lobii occipitali.

OCCIPITALIZAREA ATLASULUI, *malformaţia.* Asimilarea atlasului la osul occipital este o tulburare de dezvoltare a frontierii craniovertebrale, cu tendinţa de deplasare caudală a acesteia. Întîlnită frecvent în impresiunea bazilară, ea agravează efectele patologice ale acesteia prin facilitarea avansării în craniu a odontoidei.

OCHI DE PĂPUŞE, *semnul.* Vezi semnul lui Widrowitz.

OCLUZIA ARTEREI CAROTIDE, *sindromul.* Vezi tromboza vasculară cerebrală.

OCLUZIA SISTEMULUI VERTEBROBAZILAR, *sindromul.* Vezi tromboza vasculară cerebrală.

OFTALMIA SIMPATICĂ. Cea mai cunoscută dintre uveomeningite. Etiologia rămîne misterioasă. La semnele clinice ale uveitei seroase sau plastice se adaugă semne meningoencefalitice, decelabile prin cercetarea l.c.r., examenul electroencefalogtafic (disritmie lentă) şi determinări clinice.

OFTALMONEUROMIELITA, *boala.* Vezi neuromielita optică.

OFTALMOPLEGIA. Deficit oculomotor determinat de paralizia mai multor nervi cranieni. Se întîlneşte în migrena oftalmoplegică, în oftamoplegiile nucleare proprii afecţiunilor de trunchi cerebral şi în afectarea trunchiurilor nervilor oculomotori în traiectul lor de la trunchiul cerebral pînă la globul ocular.

Scanned with OKEN Scanner

OFTALMOPLEGIA, *sindromul.* Reprezintă paralizia nervilor motori ai ochiului. Frecvent parţială, afectînd numai anumite mişcări ale globilor oculari, rar totală (afecţiuni virotice ale trunchiului cerebral, procese proliferative, sindroame de lojă cavernoasă, de fanta sfenoidală etc.) Este denumită extrinsecă în cazul afectării motilităţii externe a globilor, sau intrinsecă în condiţia de afectare a muşchiului ciliar şi a sfincterului pupilei (botulism, sifilis etc.). În ultimele decade s-a dovedit apartenenţa miopatică a unor cazuri familiale de oftalmoplegie.

OFTALMOPLEGIA MIGRENOASĂ, *sindromul.* Vezi migrena oftalmoplegică

OFTALMOPLEGIA NUCLEARĂ PROGRESIVĂ, *boala.* Vezi polioencefalita superioară cronică.

OLIGODENDROGLIOMUL, *tumoră.* Formă rară de tumoră cerebrală, dezvoltată pe seama microgliei, cu o evoluţie benignă, bine suportată de masa parenchimatoasă. Tendinţa la calcificare o face adesea vizibilă la grafia simplă cranianã (imagini în insule, virgulă etc.). Ablaţia chirurgicală poate permite supravieţuirea timp îndelungat.

OLIGOFRENIA FENILPIRUVICĂ. Sinonim boala lui Fölling, afecţiune cu caracter eredofamilial recesiv. Determinată de lipsa congenitală a unui sistem enzimatic specific (fenilalanina-hidroxilaza) care interzice transformarea fenilalaninei în tirosină, o mare parte a acesteia rămînînd ca atare sau fiind transformată în acid fenilpiruvic, excretat în urină. Patognomonic este prezenţa în sînge a unei mari cantităţi de fenilalanina. Testul obişnuit este însă virarea verde a urinilor prin adăugare de clorură de fier. Semnul principal este un deficit mintal precoce şi progresiv la care se adaugă manifestări nervoase de tip extrapiramidal (hiperkinezie-hipertonie). Leziunea histologică este de tip demielinizant.

OLIVER, *intervenţia.* Intervenţie neurochirurgicală practicată în hemiparkinsonism. Constă în secţionarea tractusului piramidal lateral la nivelul măduvei spinării. Dispariţia tremurăturilor este urmată de deficit motor, parţial reversibil.

OMUL ÎNŢEPENIT, *sindromul.* Vezi Stiffman sindrom.

OPALSKI, *sindromul.* Descris de Opalski, în 1946, sub numele de sindrom parţial al arterei vertebrospinale posterioare. Prin localizarea leziunii vasculare sindromul a fost denumit subbulbar. Semnele clinice caracteristice sînt : hipoestezia la durere şi temperatura homolaterală a feţei şi încrucişată a corpului cu ataxie şi hemipareză spastică de aceiaşi parte cu tulburările feţei, la care se poate adăuga şi prezenţa unui sindrom Claude-Bernard-Horner. După Opalski, o leziune vasculară just dedesuptul decusaţiei piramidale poate prinde în sfera ei fasciculul piramidal, fasciculul Flechsig, eventual şi Gowers, partea inferioară a nucleului spinal trigeminal, tractusul spinotalamic ca şi fibrele vegetative profunde în cursul traiectului lor către centrul ciliospinal.

OPOZIŢIE DE FAZĂ. Vezi fază e.e.g. Opoziţia de fază reală, înregistrată corect tehnic, delimitează focarul generator al undelor respective.

OPPENHEIM, *boala.* Vezi miatonia congenitală.

OPPENHEIM, *semnul.* Semn de leziune a căilor piramidale. Constă în extensia halucelului determinată de fricţiunea feţei interne a tibiei respective.

OPPENHEIM, *semnul.* Întîlnit în sciatica nevritică. Este expresia hipotoniei tendonului lui Achile de partea nervului afectat care se traduce prin modificări morfologice : tendonul respectiv este mai lat, mai tuntit, iar şanţul retromaleolar mai estompat.

Scanned with OKEN Scanner

OPSOCLONIA, *semnul.* Sinonim clonusul vederii sau ataxia mioclonică a vederii (Orzechowsky). Desemnează mişcări rapide şi inegale în plan orizontal sau vertical, în special cu ocazia dirijării privirii spre un obiect. Descris în encefalite, în cadrul unui context cerebelovestibular, unde a fost semnalat şi unilateral indicînd disocierea coordonării cerebeloase bilaterale a privirii, printr-o leziune supranucleară foarte restrînsă.

ORBITA, *examen radiologic.* O vedere de ansamblu, simetrică, se obţine în incidenţa P.A. cu înclinare potrivită a fasciculului de raze ca în cadrul orbital să se proiecteze imaginea aripilor sfenoidale şi a fantei sfenoidale. Examenul se completează cu incidenţa Rhese, pentru fiecare orbită în parte, indicată pentru canalul optic şi peretele intern al orbitei. Foarte utile sînt tomografiile, în special cele făcute în plan sagital (vezi şi craniul, examen radiologic).

ORBITOGRAFIA, *examen radiologic.* Metodă radiologică ce foloseşte mijloace de contrast pentru diagnosticul neoformaţiilor intraorbitale. Metoda este socotită ambulatorie, la îndemîna oricărui serviciu de radiologie utilat şi are două variante, în funcţie de contrastul folosit, aer, sau dublu contrast, aer asociat cu iod. Imaginile obţinute, de faţă şi profil, după tehnica de rutină pot fi folositoare numai într-o oarecare măsură, fiind dificil de interpretat. Ele devin foarte elocvente dacă sînt făcute prin tomografie din aproape în aproape pentru a asigura explorarea totală a orbitei.

ORNITOZA, *boala.* Afecţiune virotică transmisă omului dela păsări şi unele animale, direct sau indirect, prin alimente contaminate. La semnele clinice obişnuite, febră şi manifestări de suferinţă pulmonară, se pot adăuga şi fenomene nervoase, meningeale, cu pleiocitoză uşoară, encefalitice, cu cefalee, astenie şi depresiune, excitaţie piramidală, tulburări de vorbire şi periferice, cu nevrite sau poliradiculonevrite. Pronostic favorabil. Diagnosticul etiologic posibil prin reacţia de fixare a complementului.

ORZECHOWSKI, *semnul.* Prezent în afecţiunile cerebelului. Semn de tulburare a interacţiunilor agonistoantagoniste, dirijate de cerebel. Constă în înclinarea înainte a trunchiului bolnavului, puternic sprijinit cu mîinile sale pe mîinile examinatorului, cînd acesta se retrage subit din acţiune.

ORZECHOWSKI-FREYOWNA, *sindromul.* O excepţională observaţie a acestor autori, care au pus în evidenţă la examenul histologic al unui caz de maladie Charcot-Marie, la nivelul celulelor motorii ale coarnelor anterioare, prezenţa de corpusculi amorfi, asemănători corpusculilor Lafora sau Lewy, tinctorial însă deosebiţi.

OSTEITA DEFORMANTĂ, *boala.* Denumită şi boala lui Paget, este o afecţiune osoasă cu caracter cronic şi progresiv, afectînd ambele sexe obişnuit la vîrsta adultă. Se localizează în ordine cronologică la oasele capului, vertebrele lombare, sacru, oasele iliace şi cele ale membrelor inferioare, la nivelul cărora se poate recunoaşte o atrofie a spongioasei, cu fibroză, hipertrofie şi calcificări amorfe. Imaginea radiologică a craniului arată un aspect caracteristic vătos, deformat în formă de ciupercă, cu diploia mult îngroşată. Simptomatologia nervoasă, determinată de leziunile osoase, se manifestă prin leziuni de nervi cranieni, cu atrofie optică, paralizii oculomotorii şi surditate, sau convulsii, tetrapareze sau parapareze, semne de hipertensiune intracraniană etc. Durerea spontană şi la presiunea osoasă e inconstantă. Diabetul insipid nu e rar întîlnit.

OSTEOMALACIA, *boala.* Proces de calcifiere osoasă imperfectă, la adult, în carenţa vitaminei D, cu aspecte radiologice greu de diferenţiat de osteoporoză.

Scanned with OKEN Scanner

OSTEOPOECILIA, *semnul.* Aspect de insule compacte, rotunde, mai mult sau mai puţin delimitate, de îngroşare calcară, pe diploia calotei craniene.

OSTEOPOROZA, *sindromul.* Aspectul radiologic transparent al oaselor, printr-un înaintat proces de demineralizare. Iniţial, vertebrele îşi păstrează o morfologie normală. Mai tîrziu, prin tasare, imagini în formă de peşte, cu scăderea diametrului vertical, sînt frecvente. Durerile în lombe şi sciatalgiile sînt frecvente. Proces normal de îmbătrînire. În afară de aceasta cauzele sînt multiple : endocrine, (insuficienţa gonadică, hipertireoza, diabetul zaharat, maladia Cushing etc.), maladii hepatice, însoţite de mărirea fosfatazei alcaline, maladii renale, însoţite de un hiperparatiroidism secundar, caşexii, colitele cronice cu pierderi de calciu etc.

OXICEFALIA, *malformaţia.* Conformaţie caracteristică a cutiei craniene în formă de căpăţînă de zahăr, ţuguiată, cu feţele laterale aplatizate. Dezvoltarea aceasta vicioasă se poate însoţi de exoftalmie şi tulburări de vedere pînă la cecitate prin atrofia compresivă a nervilor optici.

OXID DE CARBON, *intoxicaţie.* Semnalată cu frecvenţa apreciabilă, datorită numeroaselor posibilităţi de apariţie a gazului în incidenţe industriale, profesionale, menajere etc. şi a importantei sale afinităţi pentru hemoglobină, la nivelul căreia înlocuieşte oxigenul. Semnele clinice apar sub forma de cefalee forntală, torpoare, uneori stări psihotice cu tendinţă la acte de violenţă, convulsii, coma şi exitus. Coloraţia roşie a tegumentelor unui comatos poate fi un semn preţios în diagnosticul etiologic de intoxicaţie cu oxid de carbon. Leziunea centrilor extrapiramidali, în special al nucleului striat şi a globului palid, determină apariţia sindromului parkinsonian. Discutabile patogenic sînt polinevritele şi mononevritele în clinica acestor intoxicaţii. Iniţial au fost considerate drept expresia unei compresiuni nervoase, mai recent consecinţa acţiunii toxicului asupra vazanervorum.

Scanned with OKEN Scanner

P

PAGET, *boala.* Vezi osteita deformantă, boala.

PAHIMENINGITA, *boala.* Îngroşarea durei mater consecutivă obişnuit unui proces infecţios sau traumatic. Sînt semnalate forme acute supurate, legate de evoluţia unor procese inflamatorii venoase (otite etc.), forme hemoragice (hematom) şi forme cronice (pahimeningita cervicală hipertrofică).

PAHIMENINGITA CERVICALĂ HIPERTROFICĂ, *boala.* Vezi Charcot-Joffroy, boala.

PALATODINIA, *semnul.* Întîlnit în nevralgia de trigemen, constă în algii critice caracteristice ale unei hemibolţi palatine.

PALESTEZIA. Denumire sub care se înţelege sensibilitatea profundă vibratorie. Vehiculată spre centrii cerebrali de integrare prin cordoanele medulare posterioare, ea apare alterată în special în leziunile nervilor sensitivi şi ale cordoanelor posterioare (nevrite, polinevrite meningoradiculite posterioare, sindromul fibrelor lungi, secţiuni medulare etc.). Se cercetează cu ajutorul diapazonului aplicat pe eminenţele osoase, manevra care determină, normal, senzaţia vibratorie.

PALIDOTOMIA, *intervenţie chirurgicală.* Intervenţie stereotaxică asupra palidului în scopul întreruperii impulsurilor corticifuge în nucleii de la bază sau în scopul eliminării focarelor epileptogene subcorticale. Intervenţie aplicabilă epilepticilor refractari la orice tratament medical.

PALILALIA, *semnul.* Repetare spontană şi incoercibilă a anumitor silabe sau cuvinte. Prezentă în paralizia generală, în anumite sekele postencefalitice ca şi în tulburări de vorbire proprii vîrstelor mici.

PALILOGIA, *semnul.* Tulburare de vorbire proprie epilepticilor cu manifestări psihice. Constă în interpunerea în cadrul unei perorări, obişnuit incoherente, a unei expresii sau fraze întotdeauna identice.

PALIOPSIA, *semnul.* Termen acordat de Critchley fenomenului de perseverare vizuală în timp, semn foarte rar, întîlnit

Scanned with OKEN Scanner

în tulburările funcţiunilor lobilor occipitali.

PAL JACOB, *sindromul.* Sinonim criza vasculară a lui Pal Jacob. Semnalată în insuficienţa aortică, în tales, în saturnism ş.a., este caracterizată printr-o creştere critică a tensiunii arteriale sistolice, putîndu-se însoţi de spasme vasculare cerebrale cu simptomatologie nervoasă de focar.

PANALGIA, *semnul.* Durere generalizată, semnalată în anumite afecţiuni psihice, ca nevroza cenestopată, isteria, arterioscleroza, leziuni vasculare cerebrale difuze etc.

PANANOGNOZIA, *semnul.* Ignorarea universală a deficitului survenit în urma ictusului vascular, întîlnit îndeosebi în accidentele vasculare ale emisferului drept, cu excluderea unor teritorii vaste corticosubcorticale, în perioada de evoluţie în care cunoştinţa rămîne încă alterată.

PANARITIUL MORVAN, *boala.* Întîlnit în siringomielie şi lepră. Infecţia ţesutului celular subcutant prin înţepături septice, determină apariţia panariţiului, netratat prin lipsa senzaţiei dureroase, proprie afecţiunilor sus-amintite.

PANCOAST, *sindromul.* Tumoră a vîrfului pulmonului cu compresiune progresivă a plexului brachial şi a lanţului simpatic laterocervical. Clinic rezultă brachialgii violente, atrofia micilor muşchi ai mîinii şi sindrom Horner ipsilateral. Eroziunea primei coaste indică malignitatea tumorei. Examenul radiografic al regiunii este edificator pentru diagnostic.

PANCOAST-TOWNE-BRETON, *incidenţă radiologică.* Incidenţă semiaxială sau frontosuboccipitală. Poziţie ideală pentru studiul etajului mijlociu şi posterior al bazei craniului. Vezi craniul osos.

PANDY, *reacţie de laborator.* Metoda, modificată de Zaloziecke-Grabe, realizează cercetarea calitativă a serum-albuminelor în l.c.r. în prezenţa unei soluţii saturate de fenol. De execuţie rapidă, permite orientarea imediată asupra conţinutului în proteine a l.c.r. notînd cu — sau +, un rezultat normal sau uşor meningism şi reacţii meningeane, căruia îi corespunde un conţinut de 0,25 g ‰ albumine, 7,3 g ‰ cloruri şi 0,5 g ‰ glucoză. Cu + sau ++ (foarte rar + + +) se situiază meningitele limfocitare benigne, cu conţinutul în albumine de 0,30—0,90 g ‰, cloruri 7—7,3 g ‰ şi glucoză 0,5 g ‰. Cu +++ sau ++++ apar meningitele purulente, tuberculoase sau hemoragiile meningiene masive, cu corespondentul în albumine de circa 1 g ‰, clorurii, 6,7 g ‰ şi glucoza 0—0,3 g ‰. În fine cu ++++ blocajul spinal cu conţinutul în albumină de 1—10 g ‰, clorurii 7,3 g ‰ şi glucoza 0,5 g ‰.

PANENCEFALITELE. Afecţiuni inflamatorii primitive ale sistemului nervos, transmise prin vectori intermediari, caracterizate prin leziuni ale substaneţi albe şi cenuşii (Encefalita de căpuşe, encefalita de primăvară-vară, encefalita scoţiană, etc.).

PAPEZ, *schema.* Schemă propusă de Papez şi modificată de Bucy, pentru explicarea apariţiei mişcărilor involuntare coreoatetozice. După aceşti autori influxul generator al hiperkineziilor ia naştere la nivelul cortexului precentral, de unde, pe calea fibrelor parapiramidale, ajunge la centrii subcorticali şi de la aceştia prin cordonul anterior al măduvei, la cornul anterior medular. Acest sistem parapiramidal este controlat de un sistem în circuit care, plecînd de la ariile 4 S şi 8, trece prin nucleul caudat, palidum, talamus, pentru a se reîntoarce la cortexul precentral, ariile 4 şi 6. Întreruperea acestui circuit de control determină apariţia mişcărilor sus-amintite.

PAPILITA NERVULUI OPTIC, *sindromul.* Determinată de leziuni inflama-

Scanned with OKEN Scanner

torii (infecţii neurotrope diverse, sifilis) la nivelul papilei. Papilita se traduce prin asociaţia de tulburări ale vederii, cu diminuarea rapidă a acuităţii vizuale şi edem papilar. Cîmpul vizual se îngustează neregulat şi progresiv iar oftalmoscopic papila apare congestivă cu margini şterse, însoţită uneori de hemoragii. Urmările unei papilite netratate se manifestă prin atrofia papilară post nevritică, cu papile plate conturate de marigini neregulate, policiclice.

PARAFAZIA, *semnul.* Întîlnit în afazia organică. Este o tulburare de vorbire caracterizată prin alterarea cuvintelor sau prin folosirea unui cuvînt în locul altuia, apropiat ca pronunţie dar diferit ca semnificaţie.

PARAGRAFIA, *semnul.* Reprezintă deformarea cuvintelor scrise sau înlocuirea lor prin alte cuvinte de construcţie asemănătoare, dar cu sens diferit. Întîlnit în afazia senzorială Wernicke.

PARALEXIA, *semnul.* Întîlnit în afazia senzorială. Constă în citirea deformantă a cuvintelor.

PARALIZIA CRONICĂ BULBARĂ A LUI DUCHENNE. Descrisă de Duchenne, excepţional de rar întîlnită în clinică. Este o paralizie labioglosolaringee cu debut insidos şi mers lent, determinată de leziuni degenerative ale nucleilor bulbari în special ale hipoglosului, fără afectarea căilor piramidale. Cauza este necunoscută iar individualitatea nosologică încă discutabilă.

PARALIZIA DE DIMINEAŢĂ, *boala.* Vezi West, paralizia de dimineaţă, în cadrul maladiei lui Heine-Medin.

PARALIZIA DE SOMN, *sindromul.* Formă particulară a cataplexiei, apărînd la începutul somnului sau, cel mai adesea, la trezirea din somn. În timpul crizei, bolnavul conştient, nu poate face niciun fel de mişcare pentru cîteva momente. Criza se însoţeşte frecvent de anxietate.

PARALIZIA DILATATORILOR LARINGELUI, *sindromul.* Sindromul lui Gerhardt. Întîlnit relativ rar în cadrul tabesului. Constă în paralizia bilaterală a dilatatorilor laringelui, manifestată prin tiraj, dispnee, cornaj, ce duce uneori la traheotomie.

PARALIZIA DUREROASĂ A BRAŢULUI, *sindromul.* Este o pseudoparalizie survenită la copii mici în urma unei subluxaţii a capului radial. Braţul este întins şi întors către interior, nemişcat, supinaţia fiind foarte dureroasă.

PARALIZIA FACIALĂ CENTRALĂ, *sindromul.* Determinată de leziunea neuronului corticopontin prin procese vasculare, tumorale sau inflamatorii (meningite, encefalite). Expresia clinică este o paralizie predominentă a facialului inferior în care mişcările voluntare în acest domeniu, adică ale feţei, sînt abolite, cu conservarea motilităţii frontalului şi a orbicularului pleoapelor, care primesc o inervaţie bilaterală. Este de remarcat că mimica emoţională rămîne prezentă în acest tip de paralizii, ea fiind dirijată de sistemul extrapiramidal, cu căi eferente diferite de fasciculul geniculat afectat.

PARALIZIA FACIALĂ PERIFERICĂ, *boala.* Determinată de leziunea neuronului pontomuscular al perechii a VII-a de nervi cranieni, prin procese vasculare, tumorale, encefalitice sau traumatice, care afectează nervul la diverse nivele ale lungului său traect, intrapontin prin afectarea nucleului de origine sau a fibrelor sale de energenţă, extrapontin de la emergenţa pontină pînă la ieşirea din craniu, şi, în fine, extracranian, de la gaura stilomastoidiană pînă la placa neuromusculară. Clinica este predominent motorie şi se manifestă prin imobilitatea feţei afectate, însoţită de ştergerea ridurilor, ceea ce realizează o asimetrie facială patognomonică. Ochiul respectiv este larg deschis şi nu se închide nici noaptea, cu clipitul abolit. În timpul vorbirii, masti-

Scanned with OKEN Scanner

caţiei sau rîsului activitatea hemifeţei sănătoase contrastează puternic cu imobilitatea feţei bolnave, care este trasă în masă de partea opusă. În anumite forme topografice, paralizia facială se însoţeşte de semne care nu-i sunt proprii şi care ajută la stabilirea diagnosticului topografic. Alterarea auzului sugerează o afecţiune a unghiului pontocerebelos. Pierderea gustului şi hiperacuzia implică o leziune a nervului facial între ganglionul geaniculat şi nervul scăriţei. Gustul şi secreţia salivară sînt respectate în leziuni situate sub emegenţa nervului coardei timpanului.

PARALIZIA GENERALĂ, JUVENILĂ, *boala*. Apare în a doua copilărie, însoţită de forme viscerale ale sifilisului, în cadrul unei înapoieri mintale apreciabile. Semnele demenţiale se însoţesc de complemente simptomatologice proprii paraliziei generale a adultului (dizartrie, tremurături ale degetelor, ale limbii, ale buzelor, convulsii etc.). Pupile inegale, rigide, semnul bomboanei, reacţii humorale pozitive pentru sifilis obligatorii.

PARALIZIA GENERALĂ PROGRESIVĂ, *boala*. Sinonim maladia lui Bayle. Forma cea mai severă a sifilisului cerebral. Este o meningoencefalită difuză de natură sifilitică, cu determinări mintale şi neurologice, în speţă tulburări delirante pe un fond de prăbuşire mintală evolutiv progresivă cu accidente motorii, iritative sau deficitare, ce merg spre demenţa globală. Debutul la 10—20 ani de la şancru primar, obişnuît după vîrsta de 50 ani, afectînd în special sexul masculin. Forma delirantă, cu delirul de grandoare, megalomania, este cea obişnuită. Comportamentul melancolic pare a fi mai frecvent decît s-a crezut. Neurologic, semnul lui Argyll-Robertson, cu pupile miotice şi inegalitate pupilară, dizartrie, tremurături, reflexe vii, pareze, eventual epilepsie etc. întregesc tabloul clinic. Humoral, reacţii întens pozitive în sînge şi l.c.r. Prognosticul în ultimul timp ameliorat prin antibioterapie.

PARALIZIA ISTERICĂ, *sindromul*. Semnalată cu frecvenţă apreciabilă la indivizii taraţi cu stigmate histerice. Se instalează obişnuit după un atac convulsiv de aceeaşi natură sau în afara acestuia, în mod brusc, uneori lent, cu apariţia unui deficit motor generalizat sau localizat (tetraplegie, hemiplegie, monoplegie, paralizii localizate etc.) însoţit de regulă de anestezie senzitivosenzorială cu aceeaşi distribuţie. Caracterul paraliziilor este elocvent : paralizie flască, fără modificări ale reflexelor osteotendinoase sau cutanate sau de reacţie electrice, fără evoluţie spasmodică, fără tulburări trofice şi pasibilă de acţiunea curativă a sugestiei.

PARALIZIA INTRAPETROASĂ PREGENICULATĂ, *sindromul*. Paralizie facială periferică, determinată de afectarea nervului facial prin procese tumorale, vasculare, inflamatorii sau traumatice, localizate în conductul auditiv intern, între meat şi ganglionul geniculat. Clinic, la paralizia facială completă, se adaugă scăderea auzului prin leziuni concomitente ale nervului acustic.

PARALIZIA INTRAPETROASĂ POSTGENICULATĂ, *sindromul*. Paralizie facială periferică, determinată de afectarea nervului facial între ganglionul geniculat şi nervul scăriţei, obişnuit prin procese vasculare sau inflamatorii. Clinic, la tabloul complet al paraliziei faciale, se adaugă pierderea gustului, scăderea salivaţiei, prin suprimarea aportului coardei timpanului şi hiperacuzia dureroasă. Secreţia lacrimală este intactă.

PARALIZIA LATERALĂ A PRIVIRII, *sindromul*. Este paralizia bilaterală a mişcărilor orizontale asociate ale globilor oculari. Poate fi totală cu suprimarea mişcărilor automatico-reflexe, alături de cele voluntare, determinată de o leziune protuberanţială, interesînd nucleul perechii a

Scanned with OKEN Scanner

VI-a sau a căilor supranucleare imediate. Paralizia disociată priveşte numai mişcările voluntare, cu conservarea mişcării automaticoreflexe, realizată de o leziune a căilor oculogire. Etiologia tumorală este cea obişnuită, mai rar infecţii ale nevraxului, encefalita epidemică, scleroza în plăci etc.

PARALIZIA MASTICATORIE, *sindromul*. Prezentă uneori în afecţiuni centrale ca siringobulbia sau faza finală a sclerozei laterale amiotrofice ca şi, mai ales, în afectarea periferică a ramurei motorii a nervului trigemen, prin procese inflamatorii, virotice, compresiuni tumorale sau leziuni traumatice. În forma unilaterală se remarcă aplatizarea muşchiului maseter în fosa suprazigomatică, cu devierea maxilarului inferior spre partea sănătoasă la deschiderea gurii, lipsa sau diminuarea masei maseterului la strîngerea dinţilor şi devierea spre partea bolnavă a maxilarului inferior în mişcarea de propulsie. În forma bilaterală maxilarul inferior atîrnă în jos, aton şi fără forţă, masticaţia fiind imposibilă.

PARALIZIA NERVULUI CIRCONFLEX. Realizată în special de factori traumatici, mai rar infecţioşi, toxici sau compresiuni. Clinic aspectul particular căzînd al membrului superior, cu amiotrofii apreciabile ale muşchiului deltoid (umăr descărnat, în epolet) cu limitarea abducţiei şi elevaţiei membrului superior alături de tulburări de sensibilitate în rachetă, care ocupă umărul şi coboară pînă la mijlocul feţei externe a braţului.

PARALIZIA NERVULUI CRURAL. Determinată obişnuit de cauze traumatice, mecanice sau mononevrite de cauze diverse. Fără modificări de atitudine ale membrului inferior, se exprimă funcţional prin incapacitatea extensiei gambei pe coapsă şi dificultate în flexiunea coapsei pe bazin. Amiotrofii musculare pronunţate ale musculaturii anterioare ale coapsei. Reflexul rotulian abolit, precum şi tulburări de sensibilitate în regiunea anterioară a coapsei întregesc aspectul obiectiv clinic al sindromului.

PARALIZIA NERVULUI CUBITAL. Consecinţa obişnuită a leziunilor prin arme de foc, rar compresiuni, infecţii etc. Caracteristică atitudinea în grifă a mîinii (mînă de predicator), în funcţie de paralizia interosoşilor şi acţiunea antagonistă a flexorilor şi extensorilor degetelor, care determină extensia falangei bazale a degetelor 4 şi 5 şi flexiunea celorlalte falange. Funcţional abducţia cubitală a mîinii, flexiunea inelarului şi auricularului sînt abolite sau limitate ca şi abducţia şi adducţia degetelor. Atrofia musculară a primului spaţiu interosos (a doua tabatieră anatomică) atrofia interosoşilor şi a eminenţei hipotenariene, anestezia sau hipoestezia laturei cubitale a mîinii, a degetului mic şi a jumătăţii cubitale a inelarului întregesc tabloul clinic.

PARALIZIA NERVULUI FRENIC, *boala*. Cîndva utilizată terapeutic, în vederea colabării cavernelor lobului inferior al pulmonului, este semnalată în compresiunile pe nervul frenic prin procese vertebrale (fracturi, luxaţii, spondilite, metastaze), în traiectul extrapulmonar al nervului sau prin afecţiuni tumorale sau inflamatorii, intratoracice. Paralizia bilaterală, extrem de gravă, cu evoluţia spre exitus, într-un tablou dramatic de cianoză şi sufocare, cînd există şi o concomitentă paralizie a musculaturii intercostale, este opera unei polinevrite botulinice sau, mai ales a poliomielitei acute.

PARALIZIA NERVULUI MEDIAN. Determinată frecvent de cauze traumatice, arme de foc sau albe, accidente profesionale, fracturi, leziuni de coloană, sindrom de tunel carpian etc. În cazul unei leziuni concomitente de nerv cubital se întîlneşte aspectul de mînă simiană, cu amiotrofii ale eminenţei tenare proprie medianului şi hipotenare dependentă de cubital. Funcţional, opoziţia policelui este

Scanned with OKEN Scanner

absentă, abducţia aceluiaşi deget limitată, flexiunea falangelor distale de cursă redusă sau abolită ca şi mişcarea de flexiune a falangelor distale ale indicelui (semnul lui Lăzărescu). Tulburări de sensibilitate de tip anestezic cuprind faţa palmară a mîinii şi degetelor, în afara unei linii care trece prin mijlocul inelarului, iar pe faţa dorsală numai la extremităţile distale ale degetelor 2, 3 şi 4. Uneori succesiunea unui sindrom cauzalgic poate fi notată.

PARALIZIA NERVULUI MUSCULOCUTANAT. Determinată aproape exclusiv de factori traumatici. Simptomatologia se reduce la pierderea reliefului caractaristic al feţei anterioare a braţului (amiotrofia şi atonia muşchilor biceps, brachial anterior şi toracobrachial), diminuarea forţei de flexiune a antebraţului pe braţ şi anestezia sau hipoestezia feţei anteroexterne a antebraţului.

PARALIZIA NERVULUI PERONIER. Sinonim paralizia de nerv sciatic popliteu extern. Realizată cel mai adesea de factori traumatici, mai rar cauze inflamatorii, artropatii masive ale genunchiului, compresiuni tumorale etc. Clinic, atitudine particulară de picior căzînd. Funcţional mişcările de extensie în articulaţia tibiotarsiană şi în articulaţiile degetelor abolite. Ridicarea pe vîrful piciorului bolnav posibilă, ridicarea pe călcîi abolită. Nu sînt modificări ale reflexelor. Prezente tulburări de sensibilitate în regiunea anteroexternă şi postero-externă a gambei, ca şi pe faţa dorsală a plantei.

PARALIZIA NERVULUI RADIAL. Realizată în special de cauze traumatice (armă de foc sau albă, fracturi de humerus, compresiuni etc.), toxice (saturnism), infecţiuni, alergii (seroterapie). Debut brusc, atitudine particulară de mînă căzîndă(uneori mînă în gît de lebădă), mîna fiind flecatată în articulaţia carpiană cu degetele în uşoară flexie. Sînt prezente atrofii ale musculaturii epicondiliene, în leziunile înalte şi ale lungului supinator, iar faţa posterioară a antebraţului este mult aplatisată. Funcţional limitarea sau abolirea extenziei antebraţului pe braţ, limitarea sau abolirea extenziei mîinii pe antebraţ însoţită de anularea extenziei degetelor pe mînă. O hipoestezie pînă la anestezie a feţei dorsoexterne a mîinii alături de abolirea refluxului tricipital.

PARALIZIA NERVULUI SPINAL. Paralizia totală de nerv spinal, prinzînd deodată ramura spinală internă (inervează voalul palatului şi muşchii constrictori ai laringelui) şi ramura externă (inervează muşchii sternocleidomastoidian şi trapez) se întîlneşte în leziuni nervoase centrale bulbare alături de alţi nervi cranieni afectaţi şi de un sindrom altern senzitivopiramidal (hemisindromul de bulb Babinski-Nageotte, Wallenberg), în afecţiuni compresive ale ultimelor rădăcini craniene (sindromul găurii rupte posterioare şi al găurii condiliene anterioare) şi se exprimă clinic prin paralizia homolaterală de voal palatin şi de coardă vocală, alături de paralizia de trapez şi de sternocleidomastoidian de aceeaşi parte. Paraliziile disociate sînt determinate de meningoradiculite localizate sau, în cazul ramurii externe, de factori compresivi (flegmon laterofaringian, adenoflegmoane, t.b.c. ganglionar, tumori parotidiene). În aceste cazuri, lipsa reliefului muşchiului sternocleidomastoidian, ca şi aspectul căzut spre înainte al umărului corespondent sînt elocvente.

PARALIZIA PERIODICĂ FAMILIALĂ WESTPHAL, *boala*. Cea mai frecventă dintre paraliziile cu diskaliemie. Este familială, cu ereditate dominantă şi afectează în special bărbaţii. Accesul paralitic apare frecvent noaptea după oboseală, frig, sau prînz bogat în glucide. Paralizia este de tipul flasc, cu modificările osteotendinoase, afectînd musculatura scheletică, excepţional nervii cranieni. Obişnuit are o evoluţie benignă. De scurtă durată, rar agravată prin asfixie sau opri-

Scanned with OKEN Scanner

rea inimii. Biologic, kaliemia scăzută sub 2,5 m Eq. Beneficiază spectacular de terapia cu clorurul de potasiu.

PARALIZIA PERIODICĂ NORMOKALIEMICĂ, *boala*. Poskauzer şi Kear descriu un singur caz de acest gen, în 1961, în care nu s-a semnalat nici o modificare semnificativă a potasiului sau sodiului în timpul crizei, care reacţionează favorabil numai la administrarea clorului de sodiu. Shy consideră afecţiunea ca o distrofie musculară (vezi miopatia pleoconială).

PARALIZIA PERIODICĂ PRIN HIPERKALIEMIE, boala. Cea mai rară dintre paraliziile cu diskaliemie. Etiologic recunoaşte un aport excesiv de potasiu, o insuficienţă renală cu diminuarea diurezei, o insuficienţă suprarenală sau un factor genetic (maladia lui Gamstorp). Accesul paralitic este flasc, cu areflexie osteotendinoasă, fără atingeri de nervi cranieni, fără tulburări sfincteriene. Reflexul idiomuscular este prezent, uneori tulburări de deglutiţie şi prezenţa tulburărilor de sensibilitate subiective şi obiective, o diferenţiază de paralizia cu hipokaliemie. Etiologic kaliemia apreciabil mărită, peste 5 m Eq.

PARALIZIA PERIODICĂ PRIN HIPOKALIEMIE. Vezi paralizia familială Westphal.

PARALIZIA PLEXULUI BRAHIAL. Realizată, obişnuit, de factori traumatici, compresivi, mai rar infecţii virotice etc. Clinic, atitudine caracteristică a membrului superior în limbă de clopot. Se însoţeşte de atrofii globale ale musculaturii centurii scapulare, a braţului şi antebraţului. Funcţional, abolirea mişcărilor în toate segmentele articulare. Paralel, anestezie sau hipoestezie în toate regiunile cutanate ale membrului superior, la care se adaugă şi areflexia globală la nivelul acestui membru.

PARALIZIA PROFESIONALĂ A MEDIANULUI. Întîlnită în profesiuni manuale, în care presiunea palmei pe uneltele de lucru se face cu forţă (croitor-foarfece, dentist-extractor etc.). Angajarea ramificaţiilor medianului într-un proces de compresiune repetat se soldează cu deficit motor şi senzitiv distal.

PARALIZIA PSEUDOCORTICALĂ BULBARĂ. Vezi diplegia facială centrală.

PARALIZIA PSEUDOBULBARĂ PROTUBERANŢIALĂ. Sindrom realizat de un ramolisment paramedian protuberanţial bilateral obişnuit prin arterită întinsă a trunchiului bazilar. Simptomele comune sînt : mersul cu paşi mici, faciesul plîngăreţ, vorbirea dela disartrie pînă la anautrie cu pierderea intonaţiei, disfagie, paralizia muşchilor feţei, ai limbii şi ai vălului palatului, fără atrofii musculare, la care se adaugă semne piramidale şi cerebeloase. Obişnuit lipsesc deteriorările mintale. S-au descris forme pure piramidale, disartrice şi cerebeloase.

PARALIZIA PSIHICĂ A PRIVIRII. Reprezintă o tulburare de localizare de spaţiu, descrisă de Balint în leziunile de lob occipital, parietooccipital sau chiar frontal, precum şi în involuţia cerebrală senilă progresivă. Consistă în dificultatea de a dirija privirea în diferite sensuri, deşi funcţiunile motorii ale globilor oculari rămîn integre. Este ca şi cum privirea ar adera la un obiect sau la o parte de obiect. În leziunile parietooccipitale bilaterale apare frecvent apraxia de îmbrăcare şi dislexia.

PARALIZIA PSIHICĂ A LUI NOTHNAGEL. Afecţiune determinată de o tulburare a voinţei, caracterizată prin incapacitatea bolnavului de a mişca membrele de o parte a corpului de îndată ce închide ochii, lucrurile revenind la normal cu ochii deschişi.

PARALIZIA PURTĂTORILOR DE CÎRJE. Clasica paralizie „des bequillards" a autorilor francezi. Determinată de o compresiune înaltă a nervului radial la

Scanned with OKEN Scanner

nivelul axilei, strîns între planurile dure ale articulaţiei scapulohumerale şi cîrje. Sînt prinse în special fibrele radialului care inervează tricepsul brachial. În poziţia de verticalizare a membrului superior, antebraţele cad.

PARALIZIA SUPRANUCLEARĂ PROGRESIVĂ. Vezi distonia oculofaciocervicală.

PARALIZIA TODD, *sindromul*. Paralizia paroxistică cu pierderea cunoştinţei post ictale, la un epileptic. Starea de comă cu semnele unei hemiplegii poate preta la confuzia cu un ictus vascular.

PARALIZIA TOTALĂ DE NERV SCIATIC. Determinată frecvent de cauze traumatice, posibil realizată şi de factori inflamatori, compresiuni tumorale etc. Clinic aspect de picior balant, în limbă de clopot. În poziţia verticală bolnavul nu se poate ridica pe vîrful sau călcîiul piciorului bolnav. Sînt prezente amiotrofii ale musculaturii posterioare a coapsei şi gambei. Funcţional, mişcările de flexiune ale gambei pe coapsă şi mişcările de flexiune şi extensie în articulaţia tibiotarsiană sînt abolite. Reflexul ahilian absent. Tulburări de sensibilitate de tip anestezic sau hipoesteziec, localizate pe faţa anteroexternă a gambei, faţa dorsală şi plantară a labei piciorului sînt prezente.

PARALIZIA VERTICALĂ A PRIVIRII. Vezi sisdromul lui Parinaud.

PARALIZII CORTICOMOTORII IZOLATE, *sindromul*. Leziuni foarte limitate ale scoarţei motorii (mici focare de ramolisment, de exemplu), pot realiza paralizii corticomotorii izolate cu caracter pseudoradicular. Leziunea are sediul strict pe aria a 4-a, iar hemiplegia limitată, astfel realizată, îmbracă tipul cubital, radial sau sciatic. Paralizia este obişnuit flască şi lipsită de tulburări vasomotorii.

PARAMIOCLONUS MULTIPLEX, *boala*. Tip de mioclonii descrise de Friedreich de origine obscură, uneori ereditare, posibil determinate şi de toxi-infecţiuni cronice sau de predispoziţii nevrotice. Apare la orice vîrstă, poate progresa neîncetat sau poate înceta, cu posibile recidive. Aproape singurul semn clinic sînt miocloniile, inegale, neregulate, variabile, simetrice, localizate la muşchii trapezi, deltoizi, bicepşi şi în special la cvadricepşi. Somnul se sidereză iar terapia calmantă are efect favorabil.

PARAMIOTONIA CONGENITALĂ, *boala*. Vezi paratniotonia lui Eulenburg.

PARAMIATONIA LUI EULENBURG, *boala*. Afecţiune ereditară, caracterizată prin contractura durabilă a muşchilor membrelor şi ai feţei, exagerată prin expunerea la frig. Decontractarea voluntară este lentă şi incompletă. Miotonia mecanică este absentă sau discretă, pe cînd electromiografia înregistrează salve miotonice. După ultimile cercetări (Garcin) tulburarea pare a nu fi numai funcţională.

PARAMNEZIA, *semnul*. Constă în evocarea denaturată interpretativ a unor circumstanţe trăite sau în producţia imaginativă a unor evenimente ce nu au avut loc. Se întîlneşte în afecţiuni psihice, în leziuni vasculare cerebrale, în intoxicaţii cronice etc.

PARAOSTEOARTROPATIA. Descrisă de Déjèrine şi Ceillier la paraplegicii traumatici, în urmă şi la hemiplegici, într-un cuvînt la bolnavii care stau nemişcaţi timp îndelungat. Sediul obişnuit este articulaţia coapsei, a cărei mobilitate este foarte limitată, deşi linia interarticulară este respectată. Radiografia arată existenţa unor calcificări periarticulare, unele cu implantare osoasă. Apariţia acestor osteoame ar fi generată de leziuni ale simpaticului medular, de tulburări metabolice ale calciului şi al protidelor ca şi de factori mecanici cu decolări periostice etc.

Scanned with OKEN Scanner

PARAPAREZA, *sindromul.* Sindrom piramidal cu deficit motor redus localizat la membrele inferioare în cadrul unor etiologii diverse (vasculare îndeosebi, compresive, traumatice, inflamatorii, alergice etc.). Leziunea determinantă poate ocupa orice nivel topografic pe căile piramidale, de la nivelul lobilor paracentrali pînă la cornul anterior al măduvei spinale.

PARAPLEGIA BĂTRÎNILOR. Vezi paraplegia lacunarilor.

PARAPLEGIA CORTICALĂ. Deficit motor al membrelor inferioare însoţit de întreaga simptomatologie piramidală, generat de leziuni traumatice în special (proectile) tumorale (meningeane) etc., la nivelul celor doi lobi paracentrali.

PARAPLEGIA ISTERICĂ. Manifestare obişnuită a isteriei. Apare la persoanele purtătoare ale stigmatelor acestei afecţiuni. Debutul este obişnuit brusc, consecinţa unei emoţii, cu rezoluţia de aceeaşi manieră, uneori lentă. Poate îmbrăca aspectul flasc sau spasmodic, uneori cu contracturi ale membrelor în poziţii curioase. Nu se însoţeşte de semne de organicitate medulare, ca modificări ale reflexelor cutanate, osteotendinoase sau tulburări sfincteriene, iar tulburările de sensibilitate, cînd există, au caracterul de a nu corespunde unei topografii paralele.

PARAPLEGIA LACUNARILOR. Descrisă de Lejeune şi Lhermitte. De origine vasculară, survine la bătrîni insidios, caracterizîndu-se clinic prin dificultate în mers, progresivă pînă la abazie, mers cu paşi mici, tulburări sfincteriene precoce şi slăbiciune a facultăţilor intelectuale. Leziunea generatoare constă în lacune de desintegrări piramidale şi striopalidale.

PARAPLEGIA SCOLIOTICILOR, *sindromul.* Apare în special la băieţi în jurul vîrstei de 15 ani, conescinţă a unei scolioze congenitale prin hemivertebră sau vertebră cuneiformă, sau la orice vîrstă, complicînd o scolioză rahitică sau paralitică. Obişnuit sediul leziunii medulare este regiunea dorsală, unde dura întinsă de rădăcinile rahidiene comprimă măduva la punctul culminant al cifoscoliozei. În cîteva săptămîni sau luni se instalează o paraplegie spasmodică cu tulburări de sensibilitate, uneori de tip siringomielic (leziuni ischemice în domeniul de irigaţie al arterei spinale anterioare). Eliberarea măduvei în timp util din corsetul dural prin laminectomie este indicaţia majoră.

PARAPLEGIA SENSITIVOMOTORIE CORTICALĂ, *sindromul.* Descrisă de Roussy d'Oelnitz şi Cornil, este determinată de atingerea celor doi lobuli paracentrali, prin cauze traumatice, tumorale sau vasculare, cu realizarea unei paraplegii sensitivomotorie, ataxospasmodică, cu alterarea sensibilităţii profunde şi prezenţa semnului lui Romberg. Constitue tipul cel mai net clinic al expresiei ataxiei de tip parietal.

PARAPLEGIA SIFILITICĂ CRONICĂ, *boala.* Formă particulară a meningomielitei sifilitice cronice. Sinonim boala lui Erb. Determinată de endoarterita sifilitică a vaselor cordonale ale măduvei, cu degenerare lentă şi progresivă a cordoanelor laterale, canalizată iniţial la măduva toracală şi cu tendinţă de difuziune în profunzime cît şi verticală. Semnele clinice apar după 5—10 ani de la infecţia sifilitică primară cu parapareza predominent spastică, tulburări sfincteriene şi în special incontinenţă şi tulburări în sfera sexuală. Obişnuit, parapareza merge spre paraplegie spasmodică totală infirmizantă. Terapia antisifilitică aplicată împotriva infecţiei, rămîne fără rezultat asupra leziunilor degenerative şi deci asupra semnelor bolii.

PARAPLEGIA SPASMODICĂ FAMILIALĂ, *maladia.* Sinonim maladia lui Strumpell-Lorrain sau paralizia spinală progresivă endogenă. Este încadrată în grupul degenerescenţelor spinocerebeloase. Maladie familială cu ereditate domi-

Scanned with OKEN Scanner

nantă în formele pure, este determinată de leziuni degenerative ale căilor piramidale, ale cordoanelor lui Goll şi ale căilor spinocerebeloase. Clinic, predomină pareza membrelor inferioare de tip spasmodic cu contractură în extensie, fără tulburări de sensibilitate şi ale sfincterelor. La acest tablou clinic clasic au fost adăugate şi alte semne secundare care definesc forme clinice de tranziţie cu celelalte maladii eredodegenerative.

PARAPLEGIA SPASTICĂ EREDOSIFILITICĂ, *maladia*. Vezi Marfan, maladia.

PARASCIATICILE, *sindroame*. Cuprinde grupul sindroamelor dureroase provocate prin leziuni a căror localizare, iniţială cel puţin, nu se situează pe nervul sciatic, ci alături de acesta, exercitînd însă în mod secundar asupra lui o acţiune de iritare sau de compresiune. Aceste leziuni pot avea sediul în vecinătatea rădăcinii sau funiculului (pachimeningitele infecţioase, tumorile meningelui, morbul lui Pott, cancerul vertebral, spondilitele), în vecinătatea plexului, la nivelul bazinului (metastazele sacrate, cancerul uterin latent, tumorile maligne ale bazinului, psoitele, inflamaţiile anexelor, uterul gravid, manoperele parturităţii, tumorile rectale etc.) sau în vecinătatea trunchiului sciatic sau ramurilor sale (tumori, fracturi, anevrisme etc.).

PARASPASMUL FACIAL, *maladia*. Denumire dată de Sicard spasmului median al lui Meige. Afecţiune bilaterală ce survine obişnuit la o vîrstă mai înaintată, fără o cauză aparentă sau altă localizare nervoasă, adesea însă în prezenţa arteriosclerozei şi hipertensiunii. Esenţa motorie este închiderea bruscă a pleoapelor, însoţită de contracţia sinergică a frontalilor. În acelaşi timp se suprapune fără ordine şi simetrie o adevărată frămîntare a muşchilor feţei cu secuse fragmentare şi fibrilaţii. Clinostaţiunea calmează această traumă chinetică. Crizele care jenează viziunea, vorbirea şi alimentaţia, ţin de la cîteva secunde la cîteva minute.

PARATONIA DUPRET. Crampă dureroasă, însoţită de incapacitatea subiectului de a-şi relaxa muşchii interesaţi.

PARINAUD, *sindromul*. Paralizia conjugată a mişcării de verticalitate a globilor oculari. Deficitul poate fi izolat parţial, privind motricitatea voluntară, sau complet, cînd interesează în plus şi deplasările sinergice ale globilor oculari de origine reflexă. În privinţa leziunilor generatoare, părerile sînt încă împărţite. În general, se admite pentru paralizia voluntară a verticalităţii leziunea centrilor psihomotori prerolandici sau a căilor de proiecţie a acestora, iar pentru paralizia completă, leziuni ale comisurii albe posterioare, de obicei de origine vasculară.

PARKES-WEBER, *boala*. Sinonim Klippel-Trenaunay şi se prezintă clinic sub aspectul de hemangiectazie hipertrofică. Vezi Klippel-Trenaunay, maladia.

PARKISON, *boala*. Sinonim paralizia agitantă. Este determinată de leziuni degenerative la nivelul corpilor striaţi, în special incriminaţi fiind globul palid şi substanţa neagră, formaţiuni nervoase la care procesul de îmbolnăvire ar provoca după ultimile cercetări scăderea dopaminei, substanţă cu puternic efect neurotransmiţător la nivelul sistemului extrapiramidal. Se caracterizează clinic prin rigiditate musculară progresivă, încetinirea motilităţii voluntare pînă la akinezie şi tremurături specifice, de repaus, ale extremităţilor (ectromielice). Mimica inexpresivă, corpul sudat într-un bloc lipsit de supleţe, mersul îngreunat, cu paşi mici, rigizi, cu corpul plecat înainte, dau maladiei o caşetă cu totul specială, patognomonică.

PARKINSONISMUL ARTERIOSCLEROTIC, *sindromul*. Semnalat în jurul vîrstei de 55 ani la arteriosclerotici. Este determinat de mici infarcte la ni-

Scanned with OKEN Scanner

velul corpilor striaţi şi se caracterizează obişnuit printr-un debut lent, insidios cu apariţia unei simptomatologii akinetohipertonice însoţite de tremurături puţin accentuate şi de semnele pseudobulbare. Individualitatea nosologică a sindromului este încă discutabilă.

PARKINSONISMUL BOXEURILOR. S-a citat procentul de circa 10% din totalul boxeurilor grei cari fac parkinsonism. Vezi parkinsonismul post traumatic.

PARKINSONISMUL POSTENCEFALITIC, *sindromul.* Consecinţă tardivă a encefalitei letargice, uneori cu apariţia pînă la 20 ani de la debutul infecţiei, este determinat de leziuni ale corpilor striaţi şi se caracterizează clinic printr-o simptomatologie hipochineto-hipertonică progresivă, la care se asociază tremurături de repaos ale extremităţilor, crize oculogire, exprimate obişnuit prin plafonare tonică, tulburări vegetative cu seboree, hiperhidroză şi tulburări psihice cu modificări caracteriale ce pot merge pînă la veritabile stări de agitaţie şi impulsivitate.

PARKINSONISMUL POSTTRAUMATIC. Etiologia traumatică a parkinsonismului este încă discutabilă. Exemple peremptorii ca parkinsonismul boxeurilor o impun. Survine după traumatisme puternice, însoţite de comoţie cerebrală. Explicabil prin leziuni ale nucleilor centrali determinate prin brusca schimbare a presiunii lichidului cefalorahidian în ventriculii cerebrali. Focarele hemoragice astfel create vor genera procese de scleroză mai mult sau mai puţin tardive.

PAROSMIA. Vezi anosmia.

PAROXISM, *e.e.g.* Vezi activitate paroxistică.

PARROT, *paralizia.* În realitate, este vorba de o pseudoparalizie, consecinţă a necesităţii de a ţine membrul imobil în cadrul unor afecţiuni, artrogene sau osteogene.

PARSONAGE şi TURNER, *sindromul.* Sinonim amiotrofia nevralgică, sindromul centurii scapulare. Este o amiotrofie neurogenă periferică a muşchilor inervaţi de plexul brahial, în mod principal ai centurii scapulare, cu debut brutal şi dureros. De reţinut aserţiunea etiologică a unei nevrite ischemice.

PASTA DE ELECTROZI, *electrologie.* Pastă bună conducătoare de electricitate, pusă între piele şi electrod pentru asigurarea continuităţii circuitului electric. Cea mai simplă : pastă albă de lipit, clorură de sodiu şi puţină glicerină.

PAVOR NOCTURN. Formă particulară a epilepsiei temporale. Apare obişnuit în a 2-a copilărie şi se caracterizează prin crize terifiante nocturne. Copilul se trezeşte brusc pradă unor senzaţii înspăimîntătoare, într-o puternică stare de agitaţie şi plîns nestăpînit. Criza, de scurtă durată, este urmată de somn profund şi amnezie totală. Examenul e.e.g. este edificator, prin anomalii de traseu, localizate bitemporal.

PELIZAEUS-MERZBACKER, *boala.* Întîlnită excepţional de rar, numai cîteva cazuri descrise în literatură, cu debut în primele luni ale vieţii, evoluţie rapidă pînă la 6 ani, apoi lent progresivă, cu manifestări vestibulare, cerebeloase, piramidale în special, cu paraplegie în spasticitate exagerată, tulburări vazomotorii, mai ales ale membrelor inferioare, şi prăbuşire psihică apreciabilă. Generată de un proces cronic degenerativ cu demielinizare localizată în special la coroana radiată şi corpul calos, însoţită de glioză compensatorie, cu conservarea relativă a axonilor.

PELLIZI, *sindromul.* Sinonim macrogenitosomia precoce, consistă în accelerarea dezvoltării staturale şi sexuale şi a caracterelor sexuale secundare, cu păstrarea sau exagerarea funcţiilor psihice. Originea pineală a sindromului este discutabilă, înclinîndu-se mai mult spre o con-

Scanned with OKEN Scanner

cepţie infundibulotuberiană sau a tuberculilor mamilari.

PERIARTERITA NODOASĂ, *boala.* Aparţine, alături de lupusul eritematos, visceral, dermatomiozita şi sclerodermia, marelui grup al bolilor colagenului. Reprezintă patogenic o reacţie anormală de apărare a ţesutului conjunctiv contra agenţilor nocivi toxici şi infecţioşi. Se admite un procent de 20% cazuri cu determinări nervoase periferice şi 8% cu localizări asupra sistemului nervos central (Arkin). Determinările nervoase centrale sînt, obişnuit, adevărate accidente vasculare în focar, apoplectiforme, cu sindroame de tip excitativ sau deficitar. Periferic, multinevrita şi sindromul Guillain-Barré sînt destul de frecvente. Diagnosticul biopsic, biologic şi oftalmologic, precizează etiologia.

PERIFLEBITA RETINIANĂ. Semn clinic important în constelaţia simptomelor trombangeitei cerebrale obliterante. Coincide cu hemoragii recidivante ale corpului vitros şi se caracterizează prin obliterări ale vaselor retinei, artere şi vene, cu proliferări conjunctive.

PERIOADA. Durata unui ciclu.

PERISSON, *sindromul.* Sinonim sindromul vazomotor. Însoţeşte, obişnuit, hemiplegia cronică şi se caracterizează prin edem şi căldură locală la nivelul segmentelor afectate. El traduce o apreciabilă asociere a componentelor vegetative în procesul lezional.

PERMEABILITATEA LA NITRAŢI, *probă de laborator.* În boli ale sistemului nervos, cu alterări ale barierei hematomeningee, se observă deseori o creştere a permeabilităţii meningelui, pentru numeroase substanţe, în special pentru nitraţi. Metoda de cercetare constă în a administra subiectului 1 g nitrat de sodiu pentru 30 kg corp, dizolvat în 300 ml apă, per os. În mod normal l.c.r. va conţine 1 mg/100 ml lichid. Valori crescute, de 2,5—8,5/100 ml, sînt semnalate în meningite acute, meningite tuberculoase, meningite cronice etc.

PERSEVERAREA TONICĂ, *fenomenul.* Reprezintă o exagerare a reflexului de apucare forţată, cu aceeaşi semnificaţie semeiologică, în sensul unei afecţiuni, obişnuit tumorale, a regiunii prefrontale.

PERSEVERARE VIZUALĂ, *fenomenul.* Propriu leziunilor de lob occipital. Constă în extinderea şi perseverarea unei imagini percepută dincolo de limitele sale normale, cu proiectarea ei totală sau parţială peste alt cîmp vizual care intră în sfera vederii.

PERSEVERAŢIA. Repetarea unor acte motorii simple, grataj, ciocănit, mişcări de rotaţie, de flexie-extensie ale membrelor, apărute de partea opusă hemiplegiei. Leziunile determinante, întotdeauna întinse, angajează lobul orbitar frontal cu circumvoluţiunile orbitare, girusul cingular, corpul calos. Fenomenul, produs prin înlăturarea lezională a unor mecanisme inhibatoare, este interpretat ca proces de regresiune, asemănător mişcărilor primei copilării.

PETIT MAL MIOCLONIC. Formă clinică rară în stare pură a micului rău epileptic considerat ca un accident motor, consistînd în apariţia de secuse musculare involuntare însă conştiente, însoţite sau nu de efecte motorii. Apare, de obicei, în a 2-a copilărie şi adolescenţă, este frecvent bilateral, semnalat mai ales dimineaţa, la trezirea din somn, sau seara, înaintea somnului.

PHACOMATOZA. Vezi boala lui Bourneville.

PHAUNDLER-HURLER, *boala.* Vezi gargoilismul.

PICKWICK, *sindromul.* Vezi sindromul Pickwick.

PICNOLEPSIA, *sindromul.* Este forma pură a inhibiţiei brutale a tonus-ului mus-

Scanned with OKEN Scanner

cular, denumită cataplexie, fără nici o intricare de somn. Autorii germani consideră picnolepsia drept o formă de petit mal.

PIERRE-ROBIN, *semnul.* Diferenţiază tulburările respiratorii prin glosoptoză de cele adenoidiene. Propulsînd la maximum maxilarul inferior, buzele fiind închise, respiraţia este posibilă numai în cazul glosoptozei, care este înlăturată prin manevră, pe cînd adenoidienii nu pot respira.

PIERRET-ROUGIER, *sindromul.* Reprezintă tulburările psihice din cadrul tabesului dorsal. Ele sînt generate de repercusiunea tulburărilor de sensibilitate şi senzoriale ale bolii în sfera psihică sub forma unui delir cu aspect paranoid, tendinţe hipomaniacale, halucinoze.

PINELES SEBASTIAN şi RĂDULESCU MIHAI, *metodă radiologică.* Metodă radiologică cu substanţă de contrast pentru cercetarea rinofaringelui în scopul diagnosticului tumorilor de cavum. Vezi rinofaringe.

PITIATISM, *boala.* Neologism creat de Babinski prin asocierea la termenul grec, care înseamnă persuasiune, a sufixului „ism" ca jalon de curabilitate. Etichetă acordată elegant isteriei.

PLACEBO, *metodă terapeutică.* Măsură terapeutică de eficacitate intrinsecă. slabă sau nulă, fără raport logic cu maladia, însă acţionînd dacă subiectul crede că primeşte un tratament activ, printr-un mecanism psihologic sau psihofiziologic. În caz de eficacitate, acţiunea se petrece printr-un mecanism de condiţionare sau de sugestibilitate.

PLANOTOPOKINEZIA, *semnul.* Descris de Pierre-Marie în leziunile parietale stîngi. Este o modalitate a tulburărilor somatognozice şi constă în erorile de execuţie a mişcărilor în raportul lor cu reprezentările spaţiale, fără ca vreun element apraxic să fie prezent. Aci întîlnim incapacitatea de îmbrăcare, de a face nodul la cravată etc.

PLASMOCITOM, *boala.* Sinonim maladia lui Kahler sau mielom. Apariţia unor focare multiple asupra ansamblului sistemului scheletic, cu sediul preferenţial corpul vertebral (în special toracic). Debut la o vîrstă înaintată cu dureri violente, intermitente, astenie, anemie secundară, V.S.H. foarte accelerată. Prezenţa celulelor plasmocitomului în produsul puncţiei sternale este edificatoare. Radiologic se notează osteoporoză cu aspect de fagure de miere pe vertebre, iar pe calota craniană, imagini de găuri estompate. Secundar apar fracturi ale coloanei cu angulaţie şi compresiuni medulare.

PLATIBAZIA, *imagine radiologică.* Termen întrebuinţat impropriu în locul impresiunii bazilare şi viceversa. Platibazia înseamnă aplatizarea bazei craniului, justificată radiologic prin mărirea unghiului bazal format de planul lamei bazilare şi planul sfenodail plecînd de la nasion la apofizele crinoide posterioare, unghi care normal măsoară 115—140°.

PLATIBAZIA, *malformaţia.* Semnele clinice sînt determinate de compresiunea procesului osos malformativ asupra trunchiului cerebral la care se adaugă tulburări în dinamica lichidului cefalorahidian şi reacţiile arahnoidiene secundare. Pot apare astfel semne cerebeloase, piramidale, paralizii de nervi cranieni şi hipertensiune intracraniană.

PLATYSMA, Spasm tonic al muşchilor pieloşi, generat de o leziune a striatului (encefalite, tifos exantematic, lues, leziuni vasculare).

PLEURODINIA EPIDEMICĂ, *boala.* Vezi Bornholm, boala.

PLEXITA. Afectarea trunchiurilor nervoase primare şi a trunchiurilor nervoase secundare ale diferitelor plexuri. Etiologia obişnuită infecţioasă, traumatică sau tumorală. Simptomatologia în funcţie de

Scanned with OKEN Scanner

topografia plexitei, cu aspect radicular în plexitele înalte şi mononevrite în plexitele joase.

PNEUMOCEFALIA, *sindromul.* Prezenţa aerului intracranian consecutivă unui traumatism cu linii de fractură osoasă ce interesează şi învelişul dural la nivelul spaţiilor aeriene ale craniului. În aceste condiţii, aerul atmosferic poate pătrunde în interiorul cutiei craniene, localizîndu-se subdural, subarahnoidian sau intraventricular.

PNEUMOENCEFALOGRAFIA GAZOASĂ, *radiologie.* Metodă radiologică pentru diagnosticul afecţiunilor intracraniene întrebuinţînd aerul ca mijloc de contrast. Aerul este introdus prin puncţie suboccipitală sau lombară, în doze fracţionate alternînd cu extragerea l.c.r. Calea pe care se introduce aerul, ca şi scopul urmărit, determină trei variante ale metodei : totală, parţială, fracţională şi dirijată. (Vezi encefalul).

PODODINIA, *sindromul.* Vezi Morton, boala.

POLARITATE, *electrologie.* Pentru o anumită culegere (faţă de un electrod de referinţă) o diferenţă de potenţial negativă sub electrodul activ, se înscrie pe traseul e.e.g. printr-o deflecţiune deasupra liniei de bază ; invers dacă electrodul este pozitiv.

POLIDIPSIA. Ingerarea masivă de apă, proprie unor afecţiuni organice endocrine (diabet zaharat) sau nervoase (diabetul insipid).

POLIMIOZITA, *boala.* Afecţiune din ce în ce mai frecvent întîlnită, caracterizată prin inflamaţia nesupurativă a muşchilor cu forme de extindere la piele (dermatomiozită) şi la nervi (neuromiozită). Originea necunoscută. Leziunile histologice indică o asemănare izbitoare cu bolile colagenului, cu reacţie mesodermică nesupurativă, cu infiltraţii interstiţiale difuze sau nodulare, cu posibilităţi de extindere la nervii regionali şi piele. Sînt descrise forme acute edematoase, grave, forme subacute, obişnuit cu evoluţie lentă, şi forme cronice ale adultului, în care elementele dermatologice şi miopatice coexistă frecvent.

POLIMIOZITA MIOPLEGICA. Formă acută şi difuză a polimiozitei, cu tetrapareză miogenă şi cu leziuni anatomopatologice caracteristice de degenerescenţă întinsă ale parenchimului alături de infiltraţii inflamatorii.

POLINEUROMIOZITA. Afecţiune de sistem. Formă de miozită în care coafectarea trunchiurilor nervoase este netă. Se caracterizează prin deficit motor şi amiotrofii care nu respectă predispoziţia rizomelică, cu consistenţa dură a muşchiului (cauciuc) tulburări de sensibilitate obiective de tip distal, dureri la compresiunea maselor musculare, parestezii, areflexie osteotendinoasă în special achiliană. Evoluţie, de obicei, subacută şi conică, cu modificări biologice : creşterea V.S.H. leucocitoză, hiper-gama-globulinemie. Anatomopatologic leziuni musculare degenerative ale miozitei cu asocierea de leziuni ale neuronului periferic şi frecvent ale vaselor asemănătoare periarteritei nodoase.

POLINEUROPATIA AMILOIDOTICĂ FAMILIALĂ, *boala.* Formă foarte particulară de neuropatie periferică semnalată de Corino-Andrade în 1951 în Portugalia. Maladia este o amiloidoză primară cu afectarea preponderentă a sistemului nervos, apare cu caracter familial, în jurul vîrstei tinere, 20—30 ani, fără predilecţie de sex. Debutează cu tulburări digestive, slăbiciune şi astenie accentuate, parestezii în membrele inferioare, tulburări senzitive obiective iniţial termice, apoi tactile şi profunde ce urcă la trunchi, membre superioare şi gît, apoi pareze discrete ce au mers ascendent cu intensificări progresive, respectînd nervii cranieni. Evoluţia progresivă spre

Scanned with OKEN Scanner

exitus în 7—12 ani. Biologic, este vorba de o disproteinemie (scăderea albuminelor cu creşterea gamaglobulinelor). Anatomopatologic, prezintă depozite de substanţă amiloidă în nervi cu fenomene intense de demielinizare şi degenerare a fibrelor nervoase. Aceleaşi depozite ocupă capilarele, vasele de toate calibrele şi ţesutul conjunctiv din rinichi, cord, testicole etc.

POLINEUROPATIA BERI-BERI. Vezi Beri-Beri.

POLINEUROPATIA PRIN INTOXICAŢIA CU TALIUM. Vezi Talium, intoxicaţia.

POLINEUROPATIA SATURNINĂ Apare în mediul profesional unde se manevrează plumbul (tipografie, zeţărie, vopsitorie, la fabrici de ţevi de plumb, acumulatoare etc.), sau prin ingestia accidentală ori criminală de alimente ce conţin plumb (apă de la o canalizare cu ţevi de plumb, ţuică produsă clandestin cu alambicuri empirice, produse alimentare păstrate în ambalaje toxice etc.). Se manifestă clinic prin prinderea extensorilor degetelor mîinii şi ai pumnului cu o simetrie relativă afectînd în special nervii radiali, cu posibilitatea extinderii progresive şi alte teritorii, excepţional la membrele inferioare. Particularitatea paraliziilor radiale saturniene constă în respectarea lungului supinator ce rămîne neatins. Tulburările trofice exprimate prin amiotrofii în teritoriile atinse sînt frecvente (în special pentru grupele musculare pendinte de metamerele C_8-D_1). Lipsesc tulburările de sensibilitate. Evoluţie de lungă durată cu prognostic obişnuit bun. La băutorii de ţuică fiartă fabricată în „căzănele empirice" s-a remarcat apariţia unei neuropatii mixte, saturnine şi etilice, cu determinări apreciabile senzitivo-motorii care angajează şi membrele inferioare.

POLINEUROPATIA SULFAMIDICĂ. Cunoscută ca o complicaţie a terapiei cu sulfamide în special al celor cu grup metilat. Mai puţin frecventă în ultima decadă, afectează cu predilecţie funcţiunile motorii ale membrelor inferioare însoţindu-se obişnuit de abolirea reflexelor achiliene. Evoluţia este benignă însă de lungă durată.

POLINEVRITA CEREBRALĂ MENIERIFORMĂ, *sindromul.* Descrisă de Franke-Hochwart. Afecţiune infecţioasă obişnuit virotică, de evoluţie rapidă şi benignă, caracterizată prin debut febril cu herpes al buzei, urmat de paralizie facilă periferică, surditate, vertij, uneori şi alte prinderi de nervi cranieni, fără stază papilară sau semne de suferinţă centrală. Se însoţeşte de pleiocitoză lichidiană moderată.

POLINEVRITA EDEMATOASĂ. Descrisă de Debré şi Marie. Datorată probabil unui proces infecţios, încă nedeterminat, cu caracter generalizat, uneori epidemic, afectează în special copii. Sediul leziuni nervoase pe coarnele laterale ale măduvei. Clinic, moderate tulburări senzitivo-motorii însoţite de edem cu predispoziţie distală. Disociere albuminocitologică în lichidul cefalorahidian.

POLINEVRITA ENTEROGENĂ. Poate apare în cursul evoluţiei maladiilor din sfera gastrointestinală şi conexe (stomac, intestin, ficat, pancreas). Procesele de carenţă consecutive explică apariţia sindromului polinevritic, precum şi a determinărilor cordonale medulare, de care o dezmembrare precisă este uneori greu de realizat.

POLINEVRITA GRAVIDICĂ, *sindromul.* Considerată ca generată de starea de nutriţie şi tulburările de metabolism consecutive vomismentelor incoercibile gravidice. Apare, de obicei la primipară în primele trei luni de sarcină, sau mai tîrziu, cînd intoleranţa gastrică survine în ultimele luni ale parturităţii. Forma tetraplegică este frecventă cu posibilă evo-

Scanned with OKEN Scanner

luţie gravă prin angajarea trunchiului şi a nervilor craniului. Pot apare tulburări psihice de tip Korsakov. Evoluţie de regulă favorabilă, vindecarea survenind după gestaţie.

POLINEVRITA HIPERTROFICĂ PROGRESIVĂ FAMILIALĂ. Sinonim neuropatia hipertrofică interstiţială progresivă, nevrita interstiţială hipertrofică progresivă, boala lui Déjérine-Sottas. Afecţiune familială şi ereditară cu caracter dominant, fără predilecţie de sex, cu debut la vîrsta tînără. Este determinată de hipertrofia şi proliferarea celulelor tecii lui Schwann, cu aspectul caracteristic în bulb de ceapă, la care se poate adăuga proliferarea ţesutului conjunctiv interfascicular, degenerarea tecilor de mielină şi a axonilor. Se semnalează degenerarea concomitentă a cordoanelor posterioare, pentru care este asimilabilă grupului degenerativ spinocerebelos. Clinic amitrofii marcate ale musculaturii distale, cu tremurături fibriliare, în sensul unei polinevrite progresive cu mers lent, cu tulburări de sensibilitate distale la toate modurile şi cu abolirea reflexelor osteotendioase. Îngroşări considerabile ale nervilor periferici depistaţi prin palpare definesc diagnosticul.

POLINEVRITA PARANEOPLAZICĂ. Sindrom neurologic de însoţire al unor afecţiuni maligne, fără caracter deosebit de specificitate, cu expresie clinică dominantă ce maschează metaplazia, de care depinde şi faţa de care are o evoluţie paralelă, cu caracter anatomic pur degenerativ. Patogenia este discutabilă. S-a incriminat rolul celulelor neoplazice, al factorilor carenţiali, determinaţi de consumul nutritiv şi enzimatic exagerat al acestora, al carenţei unor factori proteici responsabili de modificările sanguine ca alungirea timpului de sîngerare, creşterea vitezei de sedimentare, hipergama globulinemia, globuline anormale în circulaţie etc.

POLINEVRITA SEROGENETICĂ. Apare între a 5-a şi a 14-a zi de la utilizarea terapeutică a serului sau a vaccinului contra febrei tifopratifoide, holerei, turbării, tetanos-ului ş.a.

POLIOENCEFALITELE. Afecţiuni de origine inflamatorie sau toxialergică, care interesează formaţiile cenuşii ale encefalului.

POLIOENCEFALITA INFERIOARĂ CRONICĂ, *boala*. De cauză încă necunoscută, atinge cu predilecţie bărbaţii. Debutul insidios cu discrete tulburări de vorbire, masticaţie şi deglutiţie, atrofie puţin pronunţată a limbii cu secuse musculare numeroase. Urmează prinderea muşchilor buzelor, paralizia voalului palatului, a faringelui şi a corzilor vocale. Facies caracteristic topit, cu gura întredeschisă, prin care se scurge o salivă vîscoasă. Evoluţie spre exitus 3—4 ani.

POLIOENCEFALITA SUPERIOARĂ ACUTĂ HEMORAGICĂ, *maladia*. Descrisă în 1875 respectiv 1880 de Gayet şi Wernicke. Considerată iniţial ca determinată exclusiv de intoxicaţia alcoolică cronică, afecţiunea a apărut şi în alte intoxicaţii cu substanţe chimice (oxid de carbalisol etc.) sau alimentare, infecţii (difterie, grip, variolă etc.). Generată de inflamaţia cu tendinţă hemoragică a părţii superioare a trunchiului cerebral, a substanţei cenuşii periapeducală, cu expansiune la substanţa cenuşie a ventriculului al III-lea şi a altor sectoare nervoase. Afecţiunea debutează, de obicei, alarmant cu cefalee, vomismente, vertij, în scurt timp instalîndu-se paralizii ale musculaturii extrinsece ale ochilor pe un fond de semne de gravă alterare a stării generale cu somnolenţă, delir, meningism şi alte semne de suferinţă nervoasă, pareze, paralizii, mişcări dezordonate, tulburări de vorbire etc. Prognostic grav cu evoluţie obişnuită spre exitus.

POLIOENCEFALITA SUPERIOARĂ CRONICĂ, *maladia*. Sinonim oftalmople-

Scanned with OKEN Scanner

gia nucleară progresivă. Survine la adultul tînăr, rar după 40 ani, consecinţă a unui factor etiologic discutabil, sifilisul sau o inflamaţie virotică fiind în centrul atenţiei. Leziunile anatomopatologice interesează în special nucleii de origine ai nervilor oculomotori şi constau în afectarea celulelor acestor nuclei la plan degenerativ, cu posibile leziuni vasculare inflamatorii locale. Clinic, progresiv şi lent se instalează un ptozis al pleoapei superioare, de o singură parte sau bilateral, la care se adaugă, rînd pe rînd, pierderea mişcărilor globilor în toate direcţiile. Într-o perioadă avansată, bolnavul prezintă faciesul lui Hutchinson, cu pleoapele lăsate şi cu capul răsturnat înapoi pentru a putea privi înainte. Ochii par, în acest stadiu, ca fixaţi în ceară, direcţia privirii fiind realizată numai din mişcările capului.

POLIOENCEFALOMIELITA, *sindromul.* Afecţiune inflamatorie sau de origine toxialergică, în care procesul patologic angajează laolaltă formaţiunile cenuşii ale creierului şi ale măduvei. Formele clinice sînt în raport cu topografia şi intensitatea procesului patologic.

POLIOMIELITA ANTERIOARĂ ACUTĂ, *boala.* Sinonim paralizia infantilă, termen impropriu, afecţiunea survenind în epidemii la orice vîrstă. Denumită şi boala lui Heine-Medin, după numele celor doi autori, care au descris-o. Boala este datorată unei infecţii virale, transmisibilă mai ales pe cale digestivă şi prin contact. Contagiozitatea este foarte mare dacă se ţine seama şi de formele inaparent clinice, numeroase ca frecvenţă. S-au descris mai multe suşe de virus poliomielitic printre care suşele Brunchilde, Lansing, Leon. Boala se manifestă în special prin epidemii sau prin cazuri izolate. Leziunea se găseşte în special la nivelul substanţei cenuşii a coarnelor anterioare ale măduvei, putînd difuza spre trunchiul cerebral, nuclei cenuşii, scoarţă şi chiar nervi periferici. După o incubaţie de 4—15 zile, apare perioada de invazie preparalitică, viremia propriu-zisă, cu febră mare, simptome meningeene, dureri de cap şi rachialgii, musculalgii, diaree, coriză etc., cu o durată de 2—4 zile după care apare perioada paralitică, variabilă ca întindere şi intensitate, în funcţie desigur de segmentul sau segmentele medulare afectate. Paralizia este flască, cu hipotonie marcată, reflexe regionale abolite, uneori însoţite de dureri. În final după 6—7 zile, paraliziile regresează, lăsînd loc sechelelor. Imunizarea activă prin vaccinaţia anipoliomielitică, a redus considerabil frecvenţa acestei maladii.

POLIOMIELITA ANTERIOARĂ CRONICĂ, *boala.* Contestată nosologic de unii autori care o încadrează printre formele clinice ale sclerozei laterale miotrofice. Boala este de o incidenţă foarte rară, pentru a-şi trăi individualitatea susţinută de clasici. Apare obişnuit odată cu a 4-a decadă a vieţii, afectînd cu precădere bărbaţii. Debutul cu micii muşchi ai mîinilor în modul unei atrofii de tip Aran-Duchenne, iniţial unilateral cu progresiunea proximală, uneori pînă la transformarea scheletică a acestor membre. Rar debut scapular sau cu extremitatea distală a membrelor inferioare. Obişnuit jenă funcţională progresivă în segmentele de membru afectate, fasciculaţii şi uneori crampe dureroase. Amiotrofiile se generalizează treptat, reflexele osteotendinoase dispar fără a se semnala tulburări de sensibilitate concomitente, suferinţă piramidală sau tulburări sfincteriene. Microscopic, leziuni degenerative ale coarnelor anterioare medulare cu dispariţia progresivă a celulelor nervoase. Etiologia rămîne încă necunoscută.

POLIOMIELITA ANTERIOARĂ SUBACUTĂ PROGRESIVĂ, *boala.* Asemănătoare ca exepresie clinică poliomielitei anterioare cronice, de care diferă prin evoluţia mai rapidă uneori numai în cîteva luni şi prin atingere bulbară finală. Boală degenerativă determinată

Scanned with OKEN Scanner

probabil de un defect de natură biochimică.

POLIOPIA CENTRALĂ, *sindromul.* Vezi diplopia centrală.

POLIRADICULONEVRITELE. Afecţiuni obişnuit inflamatorii cu localizare la nivelul rădăcinilor nervilor spinali sau cranieni.

POLIRADICULONEVRITA SPINALĂ, *sindromul.* Descris de Guillaine şi Barré, sindromul afectează, de obicei, vîrstele tinere şi adulţii fie sub forma unei afecţiuni primitive, fie secundar unor viroze sau procese toxialergice. Este expresia localizării acestor agresiuni la nivelul rădăcinilor nervilor rachidieni sau cranieni. Clinic, este vorba de o polinevrită senzitivomotorie cu predispoziţie proximală, în care, deci, centurile sînt cele mai afectate. După un debut brusc, uneori lent, se instalează deficitul motor mai elocvent la nivelul segmentelor rizomelice, cu tulburări de sensibilitate de tip radicular, cu modificări ale reflexelor osteotendinoase, tulburări trofice cu amitrofii ale segmentelor afectate şi tulburări vegetative. Afectarea nervilor motori cranieni este semnalată, în anumite forme chiar cu exclusivitate. Analiza l.c.r. arată patognomonic o disociaţie albumino-citologică, cu reacţie celulară săracă şi cu hiperalbuminoză de 1—4 g‰ şi chiar mai mult. Evoluţia este obişnuit favorabilă.

POMPE, *boala.* Glicogenoză generalizată, sinonim forma neuromusculară a glicogenozei generalizată sau cardiomegalia glicogenică difuză. Boală eredofamilială cu transmisiune recesivă autosomală, determinată de un viciu enzimatic, amino 1,4—glucozidaza (maltaza acidă), fiind complet inactivă în muşchi, cord şi ficatul bolnavilor. În aceste condiţii glicogenul este depozitat în muşchii striaţi în special, apoi în cei netezi, miocard, ficat, rinichi, sistem nervos, neuroni şi celule etc. Apare după naştere, de obicei, la 2—6 luni de viaţă, cu vărsături, anorexie, întîrziere în creştere, hipotonie musculară, pareze musculare multiple, cardiomegalie, cianoza etc. Moartea survine prin insuficientă cardiacă.

PORENCEFALIA, *boala.* Cavitate în formă de pîlnie la suprafaţa creierului, în jurul căreia circumvoluţiile converg radiar, orientată cu vîrful spre ventriculul lateral cu care comunică. Este sekela unor procese vasculare, infecţioase sau traumatice.

PORFIRIA CONGENITALĂ, *boala.* Porfiria eritropoietică congenitală (boala lui Günther) datorată unui grav defect enzimatic în stadiile preliminare ale eritrocitelor. Biosinteza porfirinei la nivelul eritroblastelor, printr-o anomalie metabolică congenitală, generează eritrociţi de valoare inferioară şi viabilitate redusă, cu anemie hemolitică şi splenomegalie conscutivă. Deţine procentul de 1% din totalul maladiilor porfirinei. Apare în mica copilărie cu fotodermatoză gravă şi progresivă, anemie şi splenomegalie, evoluţie gravă cu prăbuşire fizică. Urinele roşii, conţin mai ales uroporfirină, iar scaunele coproporfirină.

PORFIRIA CRONICĂ. Determinată de un defect metabolic al celulelor ficatului. Deţine 30—40 % din totalul maladiilor porfirinei. Afectează în special bărbaţii între 40—60 ani. Clinic, fotodermatoză lejeră cu porfirinurie constantă, urine roşii. Se pot intercala crizele acute abdominonervoase. Evoluţie spre ciroză hepatică.

PORFIRIA INTERMITENTĂ ACUTA. Sinonim porfiria acută Waldenström, este o porfirie idiopatică cu apariţie acută şi intermitentă. Deţine 60—70% din totalul porfiriilor. Survine între 15—60 ani, manifestîndu-se prin colici violente abdominale, pasibile de intervenţii chirurgicale, prin semne de atingere cerebrală şi mai ales prin polinevrită, aceasta din urmă cu aspect pseudomiopatic şi pasibilă de evoluţie ascendentă tip Landry. Urinele, de obicei, roşii în acces, pot fi normale, deve-

Scanned with OKEN Scanner

nind închise după cîteva ore. Prezente stadiile preliminare ale porfirinei, porfobilinogenul şi acidul δ — aminolevulinic.

PORFIRIILE SECUNDARE. Impropriu denumite porfirinurii, cuprind o varietate de sindrome caracterizate prin supraproducţia unor porfirine care există normal în mediile biologice. Sînt în funcţie de cauza care le determină, dispar o dată cu acestea, nu au manifestările clinice ale porfiriilor esenţiale şi nu prezintă caractere genetice. Ele survin, spre exemplu, în urma unor boli infecţioase, organice, toxice (saturnismul) etc.

PORFIRIILE SIMPTOMATICE. În cadrul unor maladii degenerative, infecţioase sau în intoxicaţii cronice, ca cele cu plumb, pot să apară defecte metabolice ale porfirinei, cu apariţii urinare ale stadiilor preliminare ale acesteia. Urinele nu sînt de culoare roşu închis ca în porfiriile primare, iar concentraţia urinară a derivaţilor porfirinei nu atinge cifrele bolii porfirinice.

PORFIRIA VARIEGATĂ. Descrisă de Dean ca formă comună a porfiriei în Africa de Sud. Este propriu-zis o formă mixtă, întrunind biologic atît caracterele porfiriei acute cît şi cele ale porfiriei cutanate : eliminări paroxistice masive de porfobilinogen alături de eliminări permanente de copro şi protoporfirină prin fecale. Acestei intricări de elemente clinice cutante cu elementele biologice ale porfiriei acute i se datoreşte numele de variegata. Reprezintă 1% din totalul maladiilor porfirinei şi survine între 15—60 ani vîrstă. Asociază la acelaşi bolnav, concomitent sau succesiv, fotodermatoza cu crizele acute abdominale şi nervoase (variegata). Urinele sînt roşu închise sau normale, cu virarea spre închidere a culorii prin conservare. Menţine în interval coproporfirina şi protoporfirina.

POTENŢIAL EVOCAT, *e.e.g.* Apariţia pe regiunea cerebrală respectivă a unei unde, rezultat al unei stimulări senzoriale. Cel mai vizibil răspuns evocat la om se obţine pe regiunea occipitală aproape de linia mediană, după o stimulare luminoasă. Pentru evidenţierea unui potenţial evocat înecat în activitatea de fond se utilizează metoda suprapunerei (Dawson).

POTENŢIALE MUSCULARE, *e.m.g.* Unitatea motorie în repaus nu produce potenţiale electrice. În contracţie uşoară apar potenţiale cu amplitudinea de 300—500 microvolţi, cu frecvenţa de 4—12 pe secundă, de formă trifazică şi cu durata de 4—16 microsecunde. Creşterea efortului determină intrarea în acţiune a unui număr mai mare de U.M., fiecare avînd ritmul său, iar amplitudinea fiind diferită, după distanţa de electrod, aspectul traseului fiind astfel variabil. Dar stările patologice modifică caracterele potenţialelor normale arătate mai sus, ca amplitudine, ca durată, ca formă şi ca frecvenţă, din acest punct de vedere fiind caracteristică gruparea în dublete sau triplete din tetanie.

POTOMANIA, *sindromul.* Stare obsesivă, proprie bolnavilor mintali cu idei delirante de persecuţie, hipohondriacă etc., caracterizează prin ingerarea de cantităţi considerabile de lichid, în mod obişnuit apă.

POTT, *morbul.* Vezi morbul Pott.

PÖTZL, *fenomenul.* Contracţia paradoxală a cvadricepsului femural cu ocazia flexiunii coapsei pe bazin, ca în manevra lui Lasegue. Semn propriu leziunilor frontale.

POURFOUR DU PETIT, *sindromul.* Prezintă clinic midriază, exoftalmie cu lărgirea fantei palpebrale şi paloare cu răcirea hemifeţei corespunzătoare. Este deci inversarea semnelor caracteristice sindromului Claude-Bernard-Horner şi este determinat de o leziune iritativă pe simpaticul cervical.

Scanned with OKEN Scanner

PRAG DE EXCITABILITATE, *electrologie*. Cea mai mică cantitate de energie electrică (v. reobază), luminoasă ş.a. sau timpul cel mai scurt (v. cronaxie), cu care se obţine un răspuns.

PRAG DE FUZIUNE LUMINOASĂ, *fiziologie*. Frecvenţa de la care subiectul, supus unei stimulări luminoase intermitente, nu mai percepe întreruperile, ci o lumină continuă. S.L.I. nu trebuie să fie însoţită de zgomot.

PREHENSIUNEA ORALĂ, *semnul*. Activitatea de prehensiune care pune în joc buzele, maxilarul, muşchii gîtului şi ai trunchiului, declanşată de stimuli tactili asupra orificiului bucal sau stimuli vizuali, plasaţi în dreptul gurii. Expresia liberării corticale a unor compartimente primitive, fenomenul apare însoţit de grave degradări intelectuale în cadrul unor întinse procese encefalitice sau de altă natură.

PREVOST-LANDOUZY, *legile*. Privesc tulburările motilităţii oculare prin leziuni corticale : deviaţia conjugală a ochilor şi a capului se face spre membrele în convulsie, dacă procesul patologic este de tip excitativ, şi spre leziune, dacă procesul este de tip paralitic.

PROBA DE PASIVITATE. Prezentă în afecţiunile cerebelului. Pune în evidenţă hipotonia. Examinatorul apucă cu mîinile sale antebraţele bolnavului pe care le scutură. Mîna bolnavului de partea afectată va face o cursă exagerată. Proba poate fi executată în acelaşi mod şi la alte segmente. (A. Thomas).

PROBA GAROULUI. Vezi semnul lui Trousseau.

PROBA GREUTĂŢILOR. Semn caracteristic în afecţiunile cerebelului, exprimă ruperea echilibrului funcţional dintre agonişti şi antagonişti de pierderea adaptării imediate la schimbări dinamice impuse. Metoda de explorare : bolnavul cu ochii închişi ţine în mînă cu braţul întis la orizontală un coş, în care observatorul pune o greutate de 1 kg. Braţul se lasă mult în jos, cu revenire tîrzie şi nesigură, în cazul unei afecţiuni cerebeloase homolaterale.

PROCTALGIA ANORECTALĂ THAYSEN. Algie anorectală rară afectînd în special femeia între 40—60 ani, caracterizată prin crize dureroase nocturne de aspect fulgulant, profunde, în plină ampulă rectală, cu iradieri de vecinătate şi însoţite de complemente vegetative, paloare, transpiraţii, stări sincopale, anexietate. Mecanism încă neprecizat, realizat poate de spasme ale vaselor hipogastrice, ale musculaturii rectale sau ale ridicătorului anusului.

PROGERIA, *sindromul*. Derivat din greceşte (geras = bătrîneţe). Vezi sindromul Hutchinson-Gilford.

PROSOPAGNOZIA. Vezi agnozia fizionomiilor.

PROSOPOPLEGIE. Sinonim al paraliziei faciale periferice.

PROTAGON. Substanţă constitutivă a neuronului, de compoziţie gangliosidică. Este substratul material pe care se fixează cu predilecţie toxina tetanică.

PROTEINA S 100. Izolată din creierul vertebratelor, pare a fi specifică sistemului nervos, considerată a fi de origine glială. Cercetarea sa este folosită în diagnosticul etiologic al tumorilor cerebrale. Cercetările lui Benda arată absenţa lor în meningioame, în timp ce schwanoamele şi astrociloamele sînt mai bogate în această substanţă.

PROTOCOPROPORFIRIA. Denumire dată de Waldenström porfiriei cutanate tardive ereditare.

PROTOPATICA, *sensibilitate*. După concepţia lui Head, este vorba de sensi-

Scanned with OKEN Scanner

bilitatea care pune în alarmă organismul în faţa unei agresiuni. Corespunde oarecum formelor termice, dureroase şi tactile din clasificaţia lui Déjèrine.

PROZOPLEGIA, *semnul.* Pareza muşchilor mimicii feţei prezentă în leziunea nervului facial.

PRUSAK, *semnul.* Descris în 1950 în compresiunile medulare. Constă în determinarea durerii la nivelul procesului patologic prin mişcări de rotare ale membrelor superioare şi ale trunchiului într-o parte sau alta. Mişcarea respectivă determină elongaţia rădăcinilor interesate şi, consecutiv, senzaţia dureroasă locală.

PSELISM MERCURIAL, *semnul.* Dificultatea de vorbire observată în intoxicaţiile severe cu mercur, sub formă de bîlbîială sau cu aspectul vorbirii scandate din scleroza în plăci. Acompaniază tremurătura mercurială şi este generată de leziuni toxice ale cerebelului.

PSEUDOATAXIA LUI KNAPP, *sindromul.* Vezi Knapp.

PSEUDOFOVEA LUI FUSCH. Reorganizarea la hemianoptici a unui nou model de viziune, cu un nou centru de viziune netă, prin modificarea de necesitate a valorii funcţionale a unor puncte retiniene puse în acţiune prin tulburarea de fixaţie patologică.

PSEUDOHEMIANOPSIA LATERALĂ, *semnul.* Citată în tumorile de lob frontal, în special în cele care afectează aria a 8-a. Apare în privirea laterală cînd ochii sînt deviaţi către leziune fenomenul hemianoptic situîndu-se de partea opusă. Exprimă un deficit de atenţie.

PSEUDOHIPOPARATIROIDISMUL LUI ALBRIGHT. Afecţiune ereditară cu caracter genodistrofic acumulînd tulburări dismorfice, neurologice şi endocrine. Atinge cu predilecţie sexul feminin şi copii. Sindromul dismorfic cu hipertrofie ponderală şi hipertrofie staturală, facies în lună plină cu brachidactilie. Neurologic obişnuit epilepsia, ataxia, narcolepsia, semne extrapiramidale dar mai ales debilitate mintală. Endocrin dezechilibru fosfocalcic cu fosforemie ridicată şi calcemie scăzută. Tratamentul vitamino-calcic reduce crizele epileptice şi tetaniforme.

PSEUDONEUROASTENIA ARTERIOSCLEROTICĂ, *sindromul.* Ansamblu de simptome care însoţeşte evoluţia unei arterioscleroze cerebrale evidente. Se caracterizează prin cefalee, ameţeli supărătoare, somnolenţă diurnă cu insomnie nocturnă, dismnezie, adinamie psihică, hiperemotivitate, susceptibilitate, iritabilitate, tristeţe etc. Se confundă prea adesea cu o nevroză autentică, ce poate apare la vîrstnic în urma unor traume psihice.

PSEUDOPARAPLEGIILE. Însumează afecţiuni în cari, fără a exista o leziune medulară sau de emisfer cu consecinţe obiective motorii sau senzitivomotorii, sînt prezente fenomene de deficit motor parţial sau total, cu predispoziţie simetrică. În capul coloanei se înscriu afecţiunile reumatice sau de altă natură ale coloanei, ale centurii pelviene şi ale membrelor, afecţiuni nervoase cu mari tulburări de tonus sau de echilibru şi afecţiuni psihice (histeria, catatonia etc.). Absenţa în aceste afecţiuni a semnelor obiective de afectare a căilor piramidale sau a neuronului motor periferic uşurează diagnosticul.

PSEUDOPORENCEFALIA, *maladie.* Descrisă de Bourneville şi Sollier. Este constituită dintr-o cavitate chistică, uni sau bilaterală, derivată din pia-mater, cu pereţii neregulaţi, anfractuoşi, ocupînd locul circumvoluţiei cerebrale distruse, obişnuit fără comunicare cu ventriculii cerebrali. Este determinată de un proces necrobiotic de ordin circulator. Clinic, simptomatologia în raport cu funcţiile circumvoluţiei cerebrale afectate.

PSEUDOSCIATICILE, *sindromul.* Cuprinde grupul de afecţiuni dureroase ale membrului inferior care, fără a avea vreo legătură cu sciatica, sînt de multe

Scanned with OKEN Scanner

ori confundate cu acestea. Printre acestea sînt afecţiunile articulare (artritele coxofemurale, sacroiliace), musculare (miozite, psoite), nervoase (meralgia parestezică, tabesul, scleroza în plăci etc.).

PSEUDOTABES DIABETIC, *sindromul.* Forma ataxică a polinevritei diabetice, în care, alături de areflexia tendinoasă, apar semnele de ataxie, punînd probleme de diagnostic diferenţial. Evoluţia favorabilă prin tratament.

PSEUDOTABES PITUITAR, *sindromul.* Tabloul clinic realizat uneori de tumori ale hipofizei sau supraselare, în care, alături de atrofia optică, pot să apară şi alte semne comune tabesului, ca areflexia osteotendinoasă a extremităţilor inferioare şi chiar fenomene ataxice. Compresiunea intracraniană în creştere poate justifica apariţia acestor semne.

PSIHALGII ANORECTALE. Algii anorectale survenind la persoanele cu constituţie psihică labilă, operate anterior de o afecţiune locală.

PSIHOCHIRURGIA. Ansamblul de intervenţii neurochirurgicale în scopul de a trata tulburările mintale.

PSIHOEMBRIOPATIA RUBEOLICĂ, *sindromul.* Vezi Greeg-Swan.

PSIHOZA DIENCEFALICĂ PERIODICĂ, *sindromul.* Vezi Raisa şi Galant sindromul.

PSOITA, *boala.* Afecţiune inflamatorie a muşchiului psoas iliac cu punct de plecare de vecinătate (abces paranefritic ş.a.) ce se însoţeşte de fenomene algice impresionante prin angajarea fibrelor nervoase senzitive ce provin din primele patru rădăcini lombare (abdominogenital, genitocrural, femurocutanat, crural şi obturator). Nevralgia astfel generată afectează regiunile abdominogenitale, fesiere şi crurale. Poziţia antalgică cu flexiunea coapsei pe bazin ca şi extenzia dureroasă a coapsei sînt revelatorii.

PTOZIS PALPEBRAL, *semnul.* Constă în incapacitatea totală sau parţială a bolnavului de a ridica pleoapa unui ochi sau ambele, întîlnit în afecţiuni paralitice ale perechii a III-a de nervi cranieni, în miastenie şi în miopatia oculară.

PUNCT MOTOR, *electrodiagnostic.* Proecţia pe piele a locului de intrare a nervului în muşchi şi în care pragul de excitabilitate este cel mai mic. Aceste puncte sînt indicate cu aproximaţie în planşe speciale, dar este indispensabil să fie exact precizate prin încercări succesive.

PUPILA HUTCHINSON, *semnul.* Simptom preţios de diagnostic şi localizare a hematomului epidural post-traumatic. Constă în midriază paralitică unilaterală de partea leziunii, determinată fie prin compresiunea directă asupra perechii a III-a, fie prin hernierea uncusului hipocampic şi compresiune asupra trunchiului cerebral.

PUPILOTONIA, *sindromul.* Vezi Adie, sindromul.

PURDON-MARTIN, *sindromul.* Vezi tromboflebita cerebrală puerperală.

PURPURA TROMBOCITOPENICĂ, *boala.* Boală a sîngelui în care se întîlnesc foarte frecvent accidente vasculare cerebrale de tip hemoragic ce apar concomitent cu celelalte manifestări purpurice.

PUTNAM, *nevralgia.* Vezi nevralgia migrenă a lui Putnam.

PUTNAM SCHULZE, *sindromul.* Sinonim acroparestezia nocturnă. Apare cu predilecţie la femei în preajma climaxului şi se caracterizează prin parestezii nocturne ale extremităţilor superioare. Afecţiunea este încă nelămurită ca etiologie. S-a emis ipoteza unui proces de elongaţie a nervilor prin laxitatea artrotendonomusculară ce survine la această vîrstă.

PUUSEPP, *semnul.* Semnalat de autor în 1923 în afecţiunile globului palid. Constă în determinarea devierii laterale tonice a degetului mic prin fricţia marginii externe a plantei.

Scanned with OKEN Scanner

Q

QUEKENSTEDT, *fenomenul.* Compresiunea venelor jugulare cu creşterea consecutivă a presiunii în sistemul venos cerebral determină creşterea presiunii lichidului cefalorahidian, în spaţiul subarahnoidian.

QUECKENSTEDT, *semnul.* Întîlnit în hernia de disc vertebral. Constă în determinarea durerii la nivelul rădăcinii comprimate prin compresiunea venelor jugulare la bolnavul în poziţie ortostatică.

QUECKENSTEDT-STOOKEY, *proba.* Folosită cu succes în diagnosticul compresiunilor medulare prin punerea în evidenţă a permeabilităţii spaţiului subarachnoidian spinal. Constă în practicarea unei rachicenteze lombare şi măsurarea presiunii lichidului prin aplicarea manometrului la acul de puncţie. Apoi se comprimă venele jugulare şi se notează din nou presiunea lichidului, care, uneori normal, atinge cifre duble. O lipsă de ridicare a presiunii sau o ridicare slabă indică un blocaj printr-un proces patologic medular, compresiv, proliferativ, inflamator etc.

QUINQUAUD, *semnul.* Întîlnit în alcoolismul cronic. Constă în decelarea tremurăturilor degetelor mîinilor prin aplicarea acestora pe mîinile examinatorului.

QUINQUE, *boala.* Vezi edemul angioneurotic acut.

Scanned with OKEN Scanner

R

RAAB, *sindromul.* Se caracterizează prin retinită pigmentară, hemianopsie bitemporală, atrofie optică primitivă şi semnele generale ale unei afecţiuni hipofizare.

RACHISCHISIS, *malformaţie.* Malformaţie congenitală. Constă în defect de închidere a tubului neural la nivelul cervical sau dorsolombar cu lipsa sau defect de formare a rădăcinilor anterioare. Clinic, hipoplazie consecutivă a sistemului muscular şi malformaţii ale extremităţilor membrelor.

RĂCIREA PRELUNGITĂ A MĂDUVEI. Metodă terapeutică sugerată şi aplicată de Juan Negrin pentru întreruperea reflexului miotatic la omul spastic, urmată de ameliorări apreciabile.

RADEMAKER-GARCIN, *proba.* Proba mesei basculante în poziţii succesive frontale şi sagitale. Normal, reacţiile vestibulare determină mişcări ale membrelor şi trunchiului menite să redreseze corpul în scopul păstrării centrului de gravitate în patrulaterul de susţinere. Restabilirea echilibrului lipseşte la vestibulari, iar tulburarea pare foarte durabilă persistînd dispariţiei celorlalte semne vestibulare.

RADICOTOMIA POSTERIOARĂ, *intervenţie chirurgicală.* Metodă a chirurgiei durerii iniţiată de Abbe în 1896, folosită în ultimul timp numai în ţările anglosaxoane. Constă în secţionarea în traiectul său intradural a unei rădăcini posterioare corespunzînd teritoriului durerii. Indicată în algii radiculare cu caracter fix, de intensitate puternică şi rebele la orice terapie antalgică (coccidinii, sciatalgii, nevralgia trigeminală, ş.a).

RADICULITA, *sindromul.* Denumire generică exprimînd suferinţa rădăcinilor nervilor rahidieni, fără ca determinarea inflamatorie să fie singura în cauză. Pe lîngă etiologia infecţioasă (sifilisul, stările inflamatorii ale meningelui, infecţiile virale, tuberculoza ş.a.) compresiunile radiculare prin hernierea discului intervertebral sau procese tumorale juxtamedulare locale ca şi condiţiile toxi-alergice se numără printre cauzele cele mai des întîlnite ale acestei afecţiuni. Prima expresie clinică a agresiuni radiculare este du-

Scanned with OKEN Scanner

rerea care se proiectează cu destulă exactitate pe metamerul cutanat respectiv, cu caracter durabil, exasperant şi pasibilă de exacerbări penibile prin orice factor capabil să mărească presiunea l.c.r. în tecile meningeale ce însoţesc rădăcina (tusea, efortul, defecaţia etc.). Într-un stadiu mai înaintat durerea scade în intensitate, apărînd tulburările de sensibilitate obiective în domeniul respectiv, de la hipoestezie pînă la anestezie pentru toate sorturile de sensibilitate. Rădăcina motorie angajată ca şi cea sensitivă în acelaşi proces patologic, răspunde în faza iniţială prin puţine manifestări, printre care, mai importante, fibrilaţiile musculare prin excitarea neuronului motor periferic, pareza sau paralizia segmentară fiind termenul evolutiv final. Abolirea reflexelor osteotendinoase şi cutanate segmentare respective ca şi apariţia amiotrofiilor completează clinica acestei afecţiuni. Angajarea concomitentă a mai multor rădăcini ca şi a teritoriilor nervoase de vecinătate în procesul morbid realizează sindroame complexe, ca poliradiculonevritele, mielopoliradiculonevritele etc.

RADICULOGRAFIA, *radiologie.* Metodă radiologică de contrast, utilizînd obişnuit lipiodolul pentru a evidenţia în special raporturile dintre rădăcini şi discurile intervertebrale. Metoda vizualizează imagini lacunare şi imagini de blocaj ale rădăcinii, efecte ale răsunetului herniei de disc asupra rădăcinii corespondente.

RADIOGRAFIA MĂRITĂ. În tehnica radiografiei mărite cu cît obiectul este mai aproape de film cu atît imaginea este mai fidelă şi mai apropiată de dimensiunile reale. Dacă se măreşte distanţa obiect-film, imaginea apare mărită, dar pierde din claritate. Cu aparate moderne şi tuburi cu focare foarte fine, defectul acesta este foarte mult redus. În lipsa unei aparaturi potrivită scopului, filmele standard pot fi privite cu o lupă ; mijlocul înlocuieşte în parte o radiografie mărită direct, fără însă a o egala. Metoda permite o analiză fină a structurii şi microstructurii osoase şi are aplicare în explorarea canalelor semicirculare, a stîncii temporalului, mastoidă, orbită. După unii autori, în aceste cazuri metoda este indispensabilă.

RADIOGRAFIA TANGENŢIALĂ. Folosită pentru examenul unei zone limitate a calotei, sau a oricărei alte regiuni care se pretează la acest examen. Pentru aceasta se întrebuinţează localizator limitat la dimensiunile zonei ce urmează a fi examinată, fasciculul de raze căzînd tangenţial pe regiune. În mod obişnuit se fac mai multe radiografii cu regimuri variate, de la raze moi, pentru ţesuturile moi, la cele dure pentru ţesuturile osoase. Metoda are o mare utilitate în examinarea boselor craniene, a fracturilor craniene, a fistulelor pielii capului şi a oricărei leziuni ce interesează bolta craniană.

RADOVICI *şi* LASCU, *sindromul.* Sinonim sindromul opticopiramidal, descris în 1948 de autorii români, în ocluzia carotidei interne cu angajarea emergenţei arterei oftalmice. Constă în orbirea ipsilaterală cu hemiplegie controlaterală.

RAIMISTE, *semnul.* Face parte din grupa micilor semne ale hemiplegiei. Mîna de partea afectată a bolnavului aflat cu braţele întinse şi cu ochii închişi, cade treptat, luînd o poziţie de flexie palmară.

RAISA *şi* GOLANT, *sindromul.* Face parte din sindromele hipotalamice şi este descris ca o psihoză diencefalică periodică. Paroxismele apar la intervale regulate de 4—5 săptămîni cu migrenă însoţită de vazodilataţia feţei şi a conjunctivelor, hipersomie, urmată la 2—3 zile de o stare crepusculară cu dromomanie, dipsomanie şi impulsuri sexuale. Criza se încheie obişnuit în cîteva zile, uneori cu poliurie, după care totul reintră în ordine pînă la paroxismul următor.

Scanned with OKEN Scanner

RAMOLISMENTUL CALOTEI PROTUBERANȚIALE. Determinat de leziuni ale trunchiului bazilar, ale circumferențialelor lungi ca și ale arterei cerebeloase superioare, cu varietăți simptomatologice în raport cu sediul superior sau inferior al ramolismentului. În regiunea înaltă a calotei leziunea interesează pedunculul cerebelos superior, bandelata longitudinală, fasciculul central al calotei, ca și panglica lui Reil manifestîndu-se prin hemisindrom cerebelos homolateral, paralizia conjugată de lateralitate a globilor oculari și hemianestezie încrucișată de tip siringomielic. În leziunile joase, leziunea poate interesa originea nervilor faciali, motor ocular extern, trigemen și vestibular cu expresii clinice variate, cu sindromul Millard-Gubler, Foville. Aceste ramolisments angajînd fasciculul central al calotei se pot exprima și prin mioclonii ritmice ale voalului palatului, faringelui, laringelui, feței, ochilor și chiar ale membrelor.

RAMOLISMENTUL CEREBRAL. Accidentul vascular cerebral cu incidența cea mai mare, determinat de o bruscă ischemie, obișnuit intensă și prelungită. Cauzele sînt tromboza arterială, embolia și spasmul arterial cerebral, acesta din urmă, suprapunîndu-se de obicei procesului tromboembolic, intensificînd-ul și agravînd-ul. Efectul este mortificarea corespunzătoare a parenchimului afectat de ischemie sub forma unui ramolisment, de consistență moale, de culoare albă sau rozgălbuie, ce se lichefiază în cîteva săptămîni, lăsînd în loc o cavitate plină cu lichid clar. Simptomatologia exprimă scoaterea din circuitul funcțional a zonei afectate. Brusc apar semne de tulburare motorie, senzitivă, senzorială sau psihică în raport cu sediul ramolismentului. Leziunile pendinte de trunchiurile arteriale mari sînt mai rare și de gravitate excepțională. Vindecarea cu sekele este obișnuită.

RAMSEY NUNT, *nevralgia.* Sinonim sindromul ganglionului geniculat. Este vorba de localizarea otică a zonei zoster. Clinic este caracteristică triada : erupție zosteriformă în regiunea auriculară, paralizia facială de tip periferic și dureri nevralgice ale hemifeței corespunzătoare. Procesul virotic atacă de regulă ganglionul geniculat, de unde și numele de sindrom al ganglionului geniculat. Ca simptome secundare se semnalează tulburări ale sensibilității gustative în cele două treimi anterioare ale limbii.

RAPORTUL DINTRE ATLAS ȘI CONDILII MAXILARULUI INFERIOR, *radiologie.* Mijloc de reper în diagnosticul impresiunei bazilare congenitale. Pe radiografia de profil corect al craniului, se măsoară distanța dintre arcul anterior al atlasului și articulațiile temporomaxilare.

RAPTUS. Forma cea mai expresivă și în același timp și cea mai gravă a impulsiunii. Întîlnită în unele maladii mintale, în special în schizofrenie și în epilepsie. Reprezintă transpunerea în faptă, subit și neașteptat, a unei idei delirante, fără intervenția voinței.

RĂUL DE MARE, *sindromul.* Determinat de reacția violentă a simpaticului bulbar la incitațiile ce iau naștere la nivelul otolitelor (Quix). Se caracterizează prin hipotonie generalizată foarte pronunțată stare de rău extremă, cu anxietate, paloare, transpirație, vărsături și mai ales vertij.

RĂUL DE MUNTE, *sindromul.* Tulburare hipoxemică determinată de scăderea tensiunii parțiale a oxigenului la altitudine. Primele semne apar la altitudini de peste 4 000 metri, cu tulburări de vedere și auz. Urmează slăbirea cunoștinței, depresiune psihică și confuzie mintală, după care apar semne de incoordinare și hiperkinezii. În final stare sincopală cu convulsii tonicoclonice.

RAYMOND, *sindromul.* Vezi sindromul sensitiv altern al lui Raymond.

Scanned with OKEN Scanner

RAYMOND-CESTAN, *sindromul.* Este un sindrom altern protuberanţial superior de tipul Millard-Gubler, îmbogăţit la maximum prin angajarea structurilor nervoase de vecinătate. Constă dintr-un sindrom Millard-Gubler cu simptome reduse (paralizia perechii a VII-a cu hemiplegie alternă) la care se adaugă o paralizie oculogiră directă, o hemianestezie încrucişată şi un sindrom cerebelos direct cu mişcări hemiatetozice. Etiologia obişnuită este cea vasculară.

RAYMOND ŞI GUILLAIN, *boala.* Formă rară de miopatie cu localizare lombo-pelvi-femorală. Amiotrofia miopatică afectează muşchii regiunii pubiene.

RAYNAUD, *sindromul.* Sindrom vasomotor al extremităţilor survenind fără cauză evidentă în copilărie, de preferinţă la fetiţe, sau ca epifenomen, în cursul evoluţiei unei alte afecţiuni, în acest caz la orice vîrstă şi fără strictă simetrie, determinat de leziuni arteriale şi nervoase. Este semnalat astfel în siringomielie, maladia lui Morvan şi alte maladii nervoase centrale sau periferice, traumatisme sau compresiuni asupra arterelor şi nervilor, etc. Debut clinic prin fenomenul de sincopă locală ce apare la frig la unul sau mai multe degete, mai rar nas-ureche, cu coloraţie albă-ivorie şi parestezii pînă la anestezie locală. Curînd acest fenomen este secundat de o vasodilataţie activă, degetele umflîndu-se şi devenind roşii, dureroase pînă la exasperare. Revenirea la normal se face adesea printr-o fază de asfixie locală, ce dă segmentelor de membre afectate, o coloraţie albastră-violacee. Secvenţa frecventă a crizelor poate determina tulburări trofice, flictene sero-hematice, ulceraţii, sclerodactilie etc. Mecanismul pare a fi o hipertonie spasmodică a muşchilor arteriolari şi o excitabilitate anormală a aparatului vascular local.

REACŢIA DE DEGENERESCENŢĂ, *electrodiagnostic.* Reacţia de degenerescentă (R.D.) totală a nervului : dispariţia excitabilităţii galvanofaradice ; a muşchiului : reacţie Remak, reacţia longitudinală, modificarea formulei polare, dispariţia excitabilităţii faradice şi scăderea celei galvanice, rar reacţie galvano-tonică. R.D. parţială : a nervului cu diminuarea excitabilităţii galvanofaradice ; a muşchiului : diminuarea excitabilităţii faradice cu, uneori, creşterea excitabilităţii galvanice, egalizarea sau inversarea formulei polare, reacţie longitudinală. Cronaxia creşte pînă la inexcitabilitate.

REACŢIA DE OPRIRE, *e.e.g.* Vezi activitatea alfa.

REACŢIA DE SPRIJIN. În decubit dorsal, flexiunea dorsală a piciorului determină extensia puternică a întregului membru inferior. Reflex homolateral prezent în leziunile frontale, semnalat însă şi în malformaţiile temporale sau cerebeloase.

REACŢIA GALVANOTONICĂ, *electrodiagnostic.* Contracţie galvanotonică obţinută cu intensităţi mai mici decît normal, adică chiar cu acelea utilizate în electrodiagnostic.

REACŢIA LONGITUDINALĂ, *electrodiagnostic.* Secusă mai puternică la deplasarea electrodului excitator din punctul motor spre extremitatea distală a muşchiului ; arată o scădere a excitabilităţii în punctul motor, reacţie anormală.

REACŢIA MIASTENICA A LUI JOLLY, *electrodiagnostic.* Probă obiectivă în miastenia care pune în evidenţă fatigabilitatea patologică a muşchiului. Acesta nu reacţionează printr-un tetanos perfect propriu muşchiului normal la excitaţia cu curent faradic iar la excitaţii repetate des, secusa este din ce în ce mai slabă, pînă la dispariţie.

REACŢIA MIOTONICĂ, E.D. Contracţie bruscă a muşchiului, dar relaxare lentă, prelungită ; reacţie rară, se găseşte în maladiile Thomsen şi Steinert şi în miopatii primitive.

Scanned with OKEN Scanner

REACŢIA PARADOXALĂ, *e.e.g.* Înlocuirea activităţii electrice cerebrale preexistente la un subiect vigl nesomnolent, printr-o stimulare (mai ales luminoasă), cu o activitate caracteristică, amplă, regulată, la limita superioară a gamei alfa. Indică o disfuncţie a formaţiunilor mezodiencefalice.

REACŢIA REMAK, E.D. Încetinirea secusei care poate ajunge pînă la o contracţie vermiculară, reacţie anormală.

READER, *sindromul.* Sindrom denumit şi cavernos. Clinic algii violente trigeminale, miosis, un uşor ptosis şi enoftalmie. Este generat de afecţiunile lojei cavernoase.

RECKLINGHAUSEN, *boala.* Face parte din grupa disembrioplaziilor blastomatoase, alături de boala lui Bourneville, a lui Hippel-Lindau şi a lui Sturge-Weber. Congenitală, adesea eredofamilială, afecţiunea se caracterizează prin prezenţa de tumori cutanate, asimetrice şi de volum variabil, uneori cu aspect de molusca pendulla dispuse în special pe trunchi neexceptînd însă faţa, prin tumori ale nervilor, dispuse sub piele pe traecte nervoase, cu frecvente localizări pe nervii cranieni, acusticul în special, cu realizarea sindromului de unghi pontocerebelos, prin pete de culoarea cafelei cu lapte, localizate pe suprafeţele cutanate acoperite ale trunchiului, prin nevi pigmentari, nevi telangiectazici, prin alterări ale oaselor hipo şi hipertrofice de interpretare discutabilă şi, uneori, tulburări psihice. Semnificaţia tumorilor nervoase pare a fi gliomezensimatoasă lucru ce face posibilă interpretarea displaziilor sistemului nervos central, semnalate adeseori.

REDLICH, *maladia.* Formă abordivă a encefalomielitei diseminate acute, caracterizată prin tulburări sensitive şi motorii transistorii, cu simptome oculare, pareze cu diplopie sau amauroză trecătoare, însoţită de alterări ale l.c.r.

REDLICH-FLATAU, *boala.* Encefalită epidemică virotică cu predispoziţie la diseminare, urmată de un proces de demielinizare, care aminteşte clinic şi anatomo-patologic scleroza în plăci. Debut temperat febril, cu parestezii în membre, paralizii ale oculomotorilor, nistagmus şi tulburări vegetative. Resorbţia se face uneori cu sechele piramidoextrapiramidale şi vestibulare.

REFLEXUL CONTROLATERAL AL ADDUCTORILOR. Descris de Pierre-Marie ca semn ajutător în depistarea afecţiunilor sistemului piramidal. Este difuzarea răspunsului reflexului rotulian sub forma adducţiei coapsei de partea opusă.

REFLEXUL CORNEEAN. Răspunsul motor de apărare (clipitul) la atingerea corneei cu vată. Diminuat sau abolit în leziunile bulboprotuberanţiale ale nucleului senzitiv trigeminal sau ale rădăcinii şi nervului trigemen (ramura oftalmică).

REFLEXUL CORNEOPTERIGOIDIAN. Constă în deplasarea laterală a mandibulei ca răspuns la atingerea corneei. În stările comatoase indică suferinţa trunchiului cerebral şi de prognostic sever.

REFLEXUL CUTANEOVESTIBULAR. Apăsarea într-un punct cutanat bine determinat înapoia lobului urechii, determină nistagmus spre urechea sănătoasă, ameţeli şi vertij. Se presupune că excitaţia acţionează asupra regimului circulator şi asupra presiunii l.c.r., acţiune care, în cazul unei leziuni otice vechi, provoacă nistagmul. În ţările nordice prezenţa acestui semn este interpretată ca definind o fistulă labirintică.

REFLEXUL DE APUCARE AL LUI BREYER. Prezent la sugar pînă la vîrsta 4—5 luni. Consistă în apucarea oricărui obiect care vine în contact cu palma copilului, substratul anatomic al acestui fenomen fiind localizat în bulb şi măduva cervicală. Controlul cortical prefrontal îl

Scanned with OKEN Scanner

suprimă după această vîrstă, reapariţia lui sub forma de grasping reflex demonstrînd o leziune prefrontală.

REFLEXUL DE APUCARE FORŢATĂ. Vezi grasping reflex.

REFLEXUL DE APUCARE LA NIVELUL PLANTEI. Reprezintă flexiunea plantară lentă şi persistentă a degetelor plantei prin stimularea plantei, în special prin presiune la nivelul extremităţii anterioare, a primului spaţiu interosos. Semnalizează o atingere premotorie.

REFLEXUL DE FLEXIUNE LENTĂ. Descris de Guillain şi Barré în secţiunile medulare totale. Constă din înlocuirea reflexului cutanat plantar printr-o mişcare lentă şi majestuoasă de flexiune a degetelor piciorului. Semnul are o valoare indiscutabilă în traumatismele medulare foarte recente.

REFLEXUL FAŢĂ-POLICE. Este analog semnului lui Babinski pentru mînă. Constă în ciupituri lente pînă la senzaţia discret dureroasă a obrazului, lucru ce determină, în cazul unei leziuni corticale frontale situată de partea opusă, abducţia lentă şi continuă a policelui de aceiaşi parte cu incitaţia (Brakha).

REFLEXUL HEMIOPIC WERNIKE. Deosebit de valoros în determinarea sediului leziunii într-o hemianopsie laterală homonimă. În leziunile anterioare ale bandeletei optice, înaintea releului ganglionar (corpii genunchiaţi externi) luminarea strict localizată a jumătăţi oarbe a cîmpului vizual nu provoacă reflexul pupilar.

REFLEXELE ÎN TRIPLĂ FLEXIUNE. Sinonim tripla retracţie. Determinat de o leziune medulară care interesează sistemul piramidal. Se produce prin excitarea cutanată de preferinţă noviceptivă, şi prin stimulaţia articulară sau musculară în zona extremităţilor. stimulii efectori pot realiza fenomenul urcînd în sus pînă la nivelul inferior al leziunii medulare (Babinski-Jarkowski), pragul de excitabilitate ridicîndu-se şi el progresiv.

REFLEXUL PENDULAR. Modificare a reflexelor osteotendinoase în cazul alterării sau suprimării patologice a funcţiunilor cerebeloase. Percutarea tendoanelor cvadricepsului femural ca şi a tricepsului brachial determină oscilaţii pendulare care exprimă diminuarea reflexului miotatic, atît la planul de extensie cît şi la cel de flexiune. Sistemul de amortizare cerebelos alterat, lasă curs liber inerţiei membrelor.

REFLEXUL PROFUND AL ORBICULARULUI ORAL. Reflex protuberanţial patologic, determinat de leziunea conexiunilor aferente antero-frontoprotuberanţiale. O uşoară percuţie sau o presiune forte a buzelor, gura fiind închisă, determină protruzia acestora cu caracter tonic sau tonico-clonic la adulţii suferind de tulburări frontale cu predominenţă antero-medio-bazală.

REFLEXUL PSIHOGALVANIC. Sinonim reflexul galvanocutanat. Reprezintă modificarea comportării pielii din punct de vedere electric după oricare stimulare care are un răsunet psihic, fie printr-o scădere a rezistenţei pielii la trecerea curentului, varianta Veraguth, fie printr-o modificare a curentului generat de piele, varianta Tarchanov, (electrodermogramă). Curbele nu sînt exact superpozabile ; de altfel exsanguinizarea membrului (pe care se face cercetarea) prin bandă Esmarch nu modifică reflexul tip Tarchanov, dar suprimă reflexul Veraguth.

REFLEXUL STERNAL. Descris de Boniewicz, face parte din grupul reflexelor axiale. Fiziologic apare în somnul normal, determinat de înţeparea pielii în vecinătatea mambriului sternal, excitaţia determinînd mişcări active ale capului şi ale extremităţilor. Reflexul dispare sau e foarte slab în stările de somnolenţă sau comă, în afecţiunile organice cerebrale de

Scanned with OKEN Scanner

partea emisferului afectat. În leziunile de bulb sau protuberanţă, excitatea provoacă reacţii de decerebrare.

REFSUM, *boala.* Sinonim eredopatia ataxică polinevritică. Se caracterizează prin următoarele semne principale : retinită pigmentară şi poliradiculonevrită cronică cu disociaţie albumino-citologică. Simptomele secundare des întîlnite sînt : tulburări cerebeloase, alte anomalii oculare, slăbirea acuităţii auditive, anosmie, ictioză şi alteraţii electrocardiografice. Transmisia se face după modul recesiv autosomal. Discuţiile continuă în direcţia încadrării nosologice. E vorba de o entitate de sine stătătoare, o formă de eredoataxie spinocerebeloasă sau o formă de înrudire cu polinevrita hipertrofică (Déjèrine-Sottas).

RELAPS, *fenomenul.* Întîlnit în leziunile retrocohleare (în sindromele de unghi pontocerebelos şi neurinoame de acustie, fără a fi specific). Constă în pierderea rapidă a senzaţiei sonore la nivelul pragului pentru o frecvenţă dată.

RÉMAK, *semnul.* Transmisia întîrziată a durerii. Semn specific tabes-ului dorsal. Înţeparea tegumentelor cu acul este percepută iniţial ca o presiune şi numai după cîteva secunde ca o adevărată durere.

REMUS, *semnul.* Semnalat în leziunile căilor piramidale. Constă în determinarea extenziei halucelui prin excitaţia feţei interne a coapsei.

RENSHAW, *celulele.* Tip de interneuroni medulari situaţi în derivaţie la originea căii motorii la care se opresc colaterale ale axonului şi care sînt în legătură directă cu motoneuronul de la care provine colaterala ca şi cu motoneuronii învecinaţi. Are un rol inhibitor puternic reglînd descărcările motoneuronilor. Sinapsele acestor interneuroni sînt blocate de stricnină şi toxina antetetanică, cu apariţia cunoscutei contracturi.

REOBAZA, *electrodiagnostic.* Intensitatea prag de excitaţie, a unui curent electric, cu o durată de cel puţin a zecea parte din secundă.

RETENŢIA DE URINĂ, *sindromul.* Prezentă în atingerea paralitică a centrilor medulari ai umflăturii lombare, în secţiuni recente ale măduvei, prin traumatism sau compresiune, în procese inflamatorii medulare, mielite specifice în special şi în primele zile consecutive ictusului cerebral.

RETINOPATIA HIPERTENSIVĂ, *semnul.* Reprezintă aspectul oftalmoscopic vaso-retinian al maladiei hipertensive. Deosebit de importantă în stabilirea stadiului evolutiv al hipertensiunii arteriale. În acest sens s-au deschis (Keith-Wagner) patru stadii morfoevolutive : stadiul I cu discretă îngustare a arterelor retiniene fără tulburări de vedere ; stadiul II cu strîmtorarea evidentă a acestor artere, cu fenomenul Salus prezent şi cu modificări ale acuităţii vizuale ; stadiul III cu artere accentuat strîmtorate, filiforme uneori, cu aspect argintiu, cu creşterea tensiunii arterei nervului optic şi cu deficit vizual permanent ; stadiul IV cu leziuni degenerative severe ale retinei, cu edem papiloretinian, pete albe exudative retiniene şi hemoragii retiniene papilare şi perimaculare.

RETROPULSIUNEA, *semn.* Reprezintă căderea înapoi. În atingerile de ventricol IV are aspectul unei titubaţii cu paşi mici înapoi. Căderea în masă aparţine mai mult leziunilor de lob frontal.

REVILLIOD, *semnul.* Prezent în hemiplegia organică şi în paralizia nervului facial. Reprezintă incapacitatea bolnavului de a închide izolat ochiul de partea afectată.

RHESE, *incidenţă radiologică.* Incidenţă specială, în care fasciculul de raze cade ortoroentgenograd de-a lungul canalului optic.

Scanned with OKEN Scanner

RIBOT, *formula.* Formulă după care se produce disoluţia memoriei în deteriorările mintale organice : noul moare înaintea vechiului, instabilul înaintea stabilului, cel mai intelectualizat înaintea celui mai puţin intelectualizat. Cele mai rezistente sînt achiziţiile rutiniere.

RICHERT, *semnul.* Prezent în nevralgia timpanică sau otică a lui Richert, care reprezintă ticul dureros al nervului Jakobsohn. Constă în incapacitatea bolnavului de a ţine receptorul telefonic aplicat pe urechea afectată, contactul determinînd o durere otică violentă.

RIESEN-RUSSEL, *sindromul.* Formă clinică de sindrom neuroanemic cu debut piramidal (paraplegie spasmodică cu dificultate în mers, cu reflexe osteotendinoase vii şi reflexul Babinski prezent), fără tulburări de sensibilitate în această etapă piramidală şi fără ataxie. Prin lezarea evolutivă a cordoanelor posterioare, apare ataxia prin tulburările de sensibilitate profundă, reflexele osteotendinoase îşi pierd vivacitatea mergînd spre abolire iar paraplegia devine flască.

RIGIDITATEA DECEREBRATĂ. Determinată experimental pe animal de către Sherington prin o secţiune a trunchiului cerebral înapoia nucleului roşu. Se întîlneşte în clinică prin agresiuni patologice care angajează modificări în distribuirea tonusului în organism, datorită excluderii din circuitul normal al tonusului, a tuturor formaţiunilor extrapiramidale situate deasupra nucleului roşu. Singurii centri extrapiramidali rămaşi în acţiune sînt nucleii vestibulari, olivele şi substanţa reticulată. Clinic se exprimă printr-o atitudine specială în hipertonie cu extensia membrelor inferioare şi hipertonie în extensie şi pronaţie a membrelor superioare.

RIGIDITATE DECEREBRATĂ ISCHEMICĂ. Descrisă de Gelfan şi Tarlov în 1959 şi are drept caracter primordial de a nu fi influenţată de secţiunea rădăcinilor posterioare, nefiind deci expresia exagerării reflexului miotatic. Este generată de întreruperea transmisiilor polisinaptice probabil prin atingerea interneuronilor, a căror acţiune este de a regla activitatea motoneuronilor medulari.

RIGIDITATE DE ORIGINE MEDULARĂ. Prezentă în unele afecţiuni medulare. Se însoţeşte uneori de spasme, fără exagerarea reflexelor segmentare proprioceptive sau cutanate. Leziunile generatoare sînt localizate în regiunea centrală medulară şi tind să izoleze cornul anterior de conexiunile lui obişnuite (cavităţii seringomeilice, tumori intramedulare etc.).

RIGIDITATEA DE TIP ALFA. Este rigiditatea determinată de activitatea directă a motoneuronilor, fără întermediarul arc reflex fusorial. Ea este sub dependenţa unor reflexe situate mai sus (reflexe de origine labirintică, proprioceptive ale muşchilor cefei).

RIGIDITATEA DE TIP GAMA. Este clasica rigiditate decerebrată descrisă de Sherington, în care fibrele motrice ale fusului neuromuscular, fibrele gama, au un rol determinant în exagerarea reflexului miotatic. (Granit 1955).

RIGIDITATEA ÎNCORDĂRII, *semnul.* Descris de A. Thomas în leziunile vermisului. Mersul bolnavului manifestă o poziţie înţepenită, rigidă, ca şi cînd ar fi fixat în ortostatism.

RIGIDITATEA PUPILARĂ, *semnul.* Prezent în unele encefalite sau ependimite de apeduct. Constă în pierderea reflexului pupilar la lumină şi distanţă.

RINNE, *proba.* Folosită în diagnosticul surdităţii. Se utilizează raportul dintre conducţia aeriană şi cea osoasă. Normal conducţia aeriană depăşeşte dublul conducţiei osoase (35″/15″), proba fiind în acest caz pozitivă.

Scanned with OKEN Scanner

RINOFARINGE, *examen radiologic.* Examenul radiologic al faringelui are indicaţii majore în diagnosticul tumorilor cavumului. Se va face după metoda Pineles Seb. şi Rădulescu Mihai, prin introducerea în rinofaringe a unei soluţii baritate prin instilaţii nazale. Cum examenul se bazează pe tapisarea mucoasei rinofaringelui cu substanţa opacă, trebuiesc luate măsuri de înlăturarea mucozităţilor, făcîndu-se toaleta cavumului prin gargarisme. Examenul începe prin radiografii simple a două incidenţe perpendiculare una pe alta : axială a anterobazei (Schüller-Hirtz) şi incidenţa de profil, centrînd raza normală la 2 cm anterior de conductul auditiv extern. După introducerea substanţei baritate urmează alte două radiografii în aceleaşi poziţii.

RINOREEA. Reprezintă scurgerea de lichid cefalorahidian pe una sau pe ambele narine după un traumatism cranian frontofacial, sau după o inerventie chirurgicală pe etmoid. Este proba comunicării cavităţilor nazale cu spaţiile subarahnoidiene prin existenţa unei fistule care permite trecerea unei părţi a l.c.r. spre exterior. Lichidul, caracteristic prin conţinutul său în glucoză, se scurge intermitent sau continuu în cantităţi variabile, pînă la 500—1000 ml ; pe durată scurtă uneori lungă (3—4 săptămîni) cînd intervenţia chirurgicală se impune pentru evitarea infecţiilor secundare.

RÎS PATOLOGIC. Acces de rîs cu declanşare nespecifică, fără motiv adecvat, fără manifestări afective paralele, necontrolat ca durată şi ca extindere a mişcărilor mimicii şi neînsoţit, la terminare, de acea senzaţie de mulţumire şi eliberare caracteristică omului sănătos. Apare frecvent ca fenomen epileptic, sub forma unei echivalenţe, ca simptom însoţitor al unei crize jacksoniene focale, ca aura sau manifestare crepusculară a epilepsiei majore sau psihomotorii, fie, în fine, în locul stadiului clonic al unui atac generalizat, ca o echivalenţă parţială. Este întîlnit de asemenea şi în alte afecţiuni nervoase, encefalite, scleroză în plăci, sau psihice, manii, schizofrenie etc. Diverşi autori descriu drept centru coordonator al rîsului nucleul ovalis ventralis al talamusului (Hassler şi Riechert), hipotalamusul (Bott) regiunea capsulară cu solicitarea nucleilor de la bază, neostriatul (Poeck şi Pilleri).

RÎSUL ŞI PLÎNSUL SPASMODIC, *semnul.* Se întîlneşte cu deosebită frecvenţă în paralizia pseudobulbară, fără exclusivitate însă. Constă în adevărate crize de rîs şi plîns la circumstanţe fără conţinut adecvat sau la emoţii minore. Muşchii feţii, adesea parezaţi pentru mişcări voluntare, se contractă subit şi cu forţă, faţa se congestionează, respiraţia se întrerupe în expiraţie sau este înlocuită de spasm expirator.

ROATA DINŢATĂ, *semnul.* Este prezent în sindromul parkinsonian, determinat de hipertonia musculară globală a tuturor segmentelor membrelor trunchiului şi capului. Punerea în evidenţă a semnului se face prin mobilizarea pasivă a segmentelor unui membru, care se produce sacadat, în timpi succesivi, ca o roată dinţată.

ROCCAVILL, *semnul.* Întîlnit în sciatică. Constă în punerea în evidenţă a absenţei sau diminuării amplitudinii flexiunii plantei prin excitarea mecanică a tricepsului dural deasupra spaţiului popliteu.

ROCHAN-DOVIGNAUD, *sindromul.* Vezi sindromul fantei sfenoidale.

ROCH-JUSTER, *semnul.* Semn de iritaţie piramidală. Constă în extensia halucelui determinată de frecarea marginei externe a piciorului respectiv.

ROENNE, *sindromul.* Vezi nevrita retrobulbară chiasmatică.

ROGER, *semnul.* Semn de leziune a căilor piramidale. Constă în extensia halucelui prin frecarea marginei sale interne.

Scanned with OKEN Scanner

ROLLET, *sindromul.* Sinonim sindromul de apex orbitar. Face parte din grupa paraliziilor asociate de nervi cranieni. Afecţiunea interesează nervul optic., motorul ocular comun, pateticul, motorul ocular extern şi ramura oftalmică a trigemenului. Clinic oftalmoplegie totală, anestezie oculară şi cecitate. Este determinat obişnuit de procese locale expansive, inflamatorii etc.

ROMBERG, *proba.* Închiderea ochilor bolnavului în poziţie verticală, cu picioarele lipite, se însoţeşte în afecţiunile vestibulare de oscilaţii lente şi devierea echilibrului în mod lent spre partea afectată. Bolnavul cerebelos nu prezintă nici o tulburare la această probă, pe cînd tabeticul are oscilaţii rapide în toate sensurile, care-l conduc repede la cădere. Proba pune în valoare capacitatea corectoare a vederii în diferitele forme patologice de alterare a echilibrului.

ROSSOLIMO, *semnul.* Semn de certă leziune a fascicolului piramidal. Constă în flexiunea degetelor piciorului determinată de percuţia planului anterior al plantei, al pulpei degetelor sau mai exact (Rimbaud) al interliniei metatarsofalangiană. Normal manevra nu determină nici o reacţie a piciorului.

ROTH-BERNARD. Vezi nevralgia parestezică.

ROUSSY-CORNIL, *semnul.* Prezent în nevralgia sciatică. Este un Lasségue „în picioare" după expresia franceză. Constă în provocarea durerii în nervul afectat solicitînd bolnavul să se plece pentru a aduna un obiect, mişcare care determină un proces de elongaţie.

ROUSSY, d'OELNITZ şi CORNIL, *sindromul.* Vezi paraplegia senzitivo-motorie corticală.

ROUSSY-LÉWY, *maladia.* Vezi distazia areflexică hereditară.

ROUSSY-LÉWY, *semnul.* Întîlnit în siringomielie în cadrul tulburărilor trofice care însoţesc această maladie. Constă în retracţia aponevrozelor palmare.

ROUSSY-LHERMITTE-SCHELVEN, *sindromul.* Reprezintă expresia clinică a leziunilor traumatice care angajează jumătatea posterioară a măduvei spinării (glonte, corp tăios etc.) în care, pe lîngă afectarea căilor piramidale laterale, sînt afectate în special cordoanele posterioare. Clinic la tetraplegia iniţial flască, apoi în contractură, se adaugă tulburări de sensibilitate profundă cu ataxie şi asinergie consecutive.

RUCKER, *semnul.* Descris în scleroza în plăci, fără a fi însă patognomonic. Constă în modificări venoase decelabile la examenul oftalmoscopic al fundului de ochi, sub forma unui lizereu albicios împrejurul venelor, la o oarecare distanţă de papila nervului optic sau sub forma unor veritabile semne de periflebită a venelor retiniene fără tulburări asociabile ale vederii. Pare a fi consecinţa rezoluţiei unor procese exudative locale ce însoţesc puseele evolutive ale afecţiunii.

RUD, *sindromul.* Afecţiune înrudită cu disembrioplaziile blastomatoase. Asociază clinic idioţia, epilepsia şi, cîteodată, infantilismul la care se adaugă în mod caracteristic ihtioza.

Scanned with OKEN Scanner

S

SACRALGIA. Algii violente ale regiunii sacrate, bilaterale, cu iradieri în fese şi coapse. Generate de afecţiuni ale micului bazin cu invadarea ramurilor plexului sacrat (inflamatorii, proliferative, traumatice etc.).

SACRALIZAREA VERTEBREI A 5-a LOMBARĂ, *malformaţia.* Reprezintă fuziunea şi asimilarea mai mult sau mai puţin perfectă a celei de a 5-a vertebre lombare la osul sacrat, condiţie în care această vertebră ia în majoritatea cazurilor caracterele morfologice ale unui segment sacrat. Articulaţiile şi discul intervertebral suferă un proces de uzură şi tasare crescută, cu modificări osteoartritice şi hernierea discului intervertebral, ce se manifestă prin semne de iritare şi compresiune asupra rădăcinilor rahidiene.

SAGER, *sindromul.* Vezi sindromul lenticulooptic.

SAMEDI SOIR, *paralizia.* Denumire franceză acordată paraliziilor prin compresiune mecanică a nervului radial cu ocazia plimbărilor de sărbători. Compresiunea se produce în timpul somnului după consum de alcool, prin poziţia vicioasă a braţului, nervul fiind strîns între două planuri dure.

SANZETTI, *semnul.* Semn distinctiv pentru afecţiunile nervului sciatic. Constă în menţinerea la un plan orizontal a bazinului, indiferent de existenţa vreunei curburi antalgice ale coloanei vertebrale. În afecţiunile coloanei cu scolioză, bazinul ia o poziţie laterală.

SATURNISMUL NEPROFESIONAL. Vezi neuropatia saturnină.

SCHAEFFER, *semnul.* Semn de leziune a căilor piramidale. Constă în extenzia halucelului prin ciupirea tendonului lui Achile respectiv.

SCHEMA CORPORALĂ. Funcţiune de integrare a lobului parietal, capabilă să realizeze imaginea propriului corp pe baza datelor furnizate de proprioceptivitate, activitatea mioartrochinetică, vestibulară şi vizuală.

SCHEUERMANN, *boala.* Afecţiune rară a coloanei vertebrale cu debut la adolescenţă, manifestîndu-se printr-o cifoză,

Scanned with OKEN Scanner

localizată obişnuit dorsal sau lombar, cu redresarea consecutivă a curburilor coloanei. Radiologic se observă tasarea cuneiformă a vertebrelor afectate din centrul curburii, cu modificări structurale de disc şi corp vertebral, în special în segmentul anterior. Simptomatologic apar dureri ale spatelui şi nevralgii în centură numai după ani de evoluţie.

SCHILDER-FOIX, *sindromul.* Encefalită pseudotumorală cu simptomatologie eminamente psihică destul de asemănătoare sindromului psihic de lob frontal, mai ales în formele de evoluţie rapidă a procesului patologic.

SCHILDER-FOIX, *boala.* Sinonim leucoencefalita periaxială difuză, encefaloleucopatia difuză Flatau. Afecţiune rară din grupa leuconevraxitelor ce afectează cu predilecţie copii şi adolescenţii. Procesul demielinizant difuz, bilateral şi simetric, afectează substanţa albă a hemisferelor, cruţînd fibrele arcuate subcorticale în U. Clinic evoluţia e subacută, progresivă, în puseuri, debutînd prin tulburări ale personalităţii ce merg spre demenţă, la care se asociază treptat semne motorii (hemiplegie, paraplegie, tetraplegie), tulburări vizuale de tip cortical (cecitate corticală) sau prin atrofie optică, tulburări cerebeloase, afazie, apraxie şi convulsii epileptiforme. Tabloul clinic polimorf a permis descrierea unor forme clinice cu predominenţa anumitor manifestări, ca forma pseudoparalitică, forma pseudotumorală, forma pseudocatatonică sau forma polisclerotică.

SCHILLING, *tesul.* Probă cu vitamină B_{12} marcată cu Co 58. Măsurarea cantităţii excretată în urină după 48 ore comparativ cu doza ingerată arată gradul de capacitate de absorbţie a vitamină B_{12} de intestin. Test folosit în stabilirea diagnosticului de neuroanemie.

SCHIZOBAZIA, *semnul.* Reprezintă expresia clinică a ataxiei frontale şi temporale. Este determinată de absenţa integrării mutuale a componentelor labirintice şi cerebrale, necesare menţinerii echilibrului. Semnalată în tumorile temporale de către Knapp şi Mingazzini, fără a fi însă unanim acceptată.

SCHMIDT, *sindromul.* Expresie clinică a atingerii întregului teritoriu de inervare a perechii a XI-a. Excepţional de rar, constă din asocierea la simptomatologia sindromului lui Avellis (paralizia homolaterală a voalului palatului şi a corzii vocale inferioare) a paraliziei cu atrofie musculară variabilă a trapezului şi a sternocleidomastoidianului.

SCHNEIDER, *boala.* Afecţiune de origine virală din grupul louping-ill cu caracter transmisibil şi cu aspecte clinice neurologice variate. Formele clinice asemănătoare poliomielitei par cele mai frecvente.

SCHOLZ, *boala.* Forma juvenilă a leucodistrofiei familiale progresive. Apare între 7—13 ani printr-un amestec de manifestări piramidoextrapiramidale, mişcări coreice, tremurături, parapareză cu tendinţă progresivă la contracturi şi rigiditate, cu tulburări faringolaringee de tip pseudobulbar şi deteriorare mintală.

SCHUELLER, *semnul.* Întîlnit în hemiplegia organică, în care mersul este posibil. Bolnavului îi este mai uşor a merge în direcţia membrelor paralizate decît inevers.

SCHÜLLER, *incidenţă radiologică.* Se foloseşte pentru radiografia unilaterală a stîncei temporalului, indicată în special în osteomastoidite. Este o proiecţie oblică temporotimpanică a axului longitudinal al stîncei, cu o vedere de elecţie pe faţa chirurgicală a mastoidei.

SCHÜLLER-HIRTZ, *incidenţă radiologică.* Proiecţie axială a anterobazei craniului pentru studiul rapoartelor dintre vîrful stîncei cu gaura ruptă anterioară, traectul osos al trompei lui Eustache şi gutiera bazilară sfenooccipitală. În special

Scanned with OKEN Scanner

utilă pentru o vedere simetrică a stîncilor. Are indicaţii în examenele cu mijloace de contrast, în tumori ale cavumului şi pentru cercetarea sinusurilor anterioare ale feţei.

SCHULTZE. Formă de acroparestezie, uneori cu caracter nocturn, localizată la extremităţile superioare şi neînsoţită de reacţii vasculovegetative.

SCHWABACH, *proba*. Folosită în diagnosticul topografic al surdităţii. Indică durata percepţiei osoase. Se realizează prin aplicarea diapazonului pe mastoidă. Percepţia este abolită în cazul distrugerii labirintului de aceeaşi parte.

SCHWALBE-ZIEHEN-OPENHEIM, *boala*. Sinonim spasm de torsiune. Se caracterizează prin mişcări involuntare care realizează o torsiune a membrelor şi a coloanei vertebrale. Anatomia patologică arată leziuni similare coreei şi atetozei, de care diferă prin cruţarea nucleului caudat. Afecţiunea pare ereditară, datorită unei dismetabolii, probabil enzimatice.

SCHWARTZ-WATSON, *testul*. Test de laborator pentru punerea în evidenţă a porfobilinogenului în urină, folosit în diagnosticul bolilor porfirinei. Prezenţa porfobilinogenului determină colorarea roşie a 5 mmc urină prin adăugarea cîtorva picături de reactiv Erlich.

SCIATICA, *sindromul*. Sinonim nevralgia sciatică. Reprezintă procesul de iritare a nervului sciatic prin cauze diverse, compresiune pe rădăcină sau nerv, inflamaţii, procese toxialergice, traumatisme, etc.

SCIATICA PARALIZANTĂ. Impotenţa funcţională a mişcărilor degetelor şi piciorului ce se instalează insidios la un vechi sciatalgic, cu mers dificil, de obicei stepat, sindrom generat prin comprimarea rădăcinilor rachidiene L_5—S_1, la trecerea lor prin defileul interdiscoligamentar, prin hernie de disc corespunzătoare. Tulburări de sensibilitate radiculare, amiotrofii şi abolirea reflexului ahilian însoţesc procesul paralizant.

SCIATICA PELVIANĂ, *sindromul*. Formă topografică a afecţiunii sciaticului, determinată cel mai adesea prin compresiuni asupra plexului realizate de procese tumorale şi infecţioase ale micului bazin sau de iritaţie unei artrite sacroiliace. După Barré această formă de sciatică este aproape întotdeauna asociată cu nevralgia de obturator.

SCINTIGRAFIA. Metodă de investigaţie radioisotopică aplicabilă şi asupra creerului, prin injectarea intracarotidiană de particule radioactive, care informează asupra eventualelor alterări ale sistemului capilar cerebral în cursul diferitelor procese patologice intracraniene. Metoda are deosebită eficienţă în trombozele arterelor cerebrale, în procese expansive intracraniene ş.a. Foloseşte izotopul I. 131 (cu solum albumină umană), 99 mTi (pertelmetat Na) sau neohidrină marcată cu Hg, izotopii 197 sau 203.

SCLERODACTILIA, *semnul*. Întîlnită în siringomielie. Este determinată de leziunea centrilor trofici dela baza cornului anterior prin expansiunea cavităţii siringomielice. Constă în aspectul degetului scheletic, cu pielea lipită de os.

SCLEROZA COMBINATĂ A MĂDUVEI SPINĂRII. Întîlnită în circumstanţe dobîndite, (modificări sanguine cu stări inflamatorii meningomedulare) sau în cadrul unor afecţiuni degenerative ereditare sau familiale (probabil în raport cu un deficit enzimatic, cu consecinţe dismetabolice abiotrofice ale substanţei nervoase în cauză). Constă în coexistenţa unor leziuni ale cordoanelor posterioare şi laterale ale măduvei, cu manifestări senzitive obiective precoce (parestezii, tulburări ale sensibilităţii profunde mioartrokinetice şi vibratorii), manfestări motorii (deficit piramidal cu moderată pareză a membrelor inferioare), modificări ale reflexelor cutanate şi osteotendinoase (semnul lui Babinski prezent, obişnuit diminuarea pînă la dispariţia reflexelor osteotendinoase).

Scanned with OKEN Scanner

SCLEROZA COMBINATĂ AMIOTROFICĂ SIFILITICĂ. Formă anatomoclinică de scleroză combinată sifilitică în care, la simptomatologia cordonală posterioară şi piramidală, se asociază atingerea coarnelor anterioare ale măduvei cu amiotrofiile consecutive.

SCLEROZA INCIZURALĂ. Scleroza feţii interne a lobului temporal, al cărui sediu priveşte incizura tentorială, generată prin ischemie compresivă a arterelor corticale în procesul de angajare a lobului temporal.

SCLEROZA ÎN PLĂCI, *boala*. Afecţiune de etiologie încă necunoscută (alergică, virală) ce atinge cu predilecţie adulţii de vîrstă tînără, cu o frecvenţă în creştere, caracterizată histopatologic prin prezenţa unor plăci de demielinizare de vîrste diferite, localizate difuz, fără sistematizare, cu preponderenţă în substanţa albă a sistemului nervos central. Reacţia glială secundară transformă aceste insule de demielinizare în plăci scleroase care respectă obişnuit integritatea cilindraxililor. Afectarea căilor mari centrale de conductibilitate nervoasă, justifică simptomatologia, care prezintă semne de iritaţie piramidală (hiperreflectivitate osteotendinoasă cu evoluţie clonusoidă, hipertonie piramidală pînă la spasticitate, în special a membrelor inferioare, abolirea reflexelor abdominale şi prezenţa semnului lui Babinski), semne cerebeloase (mers ebrios cu dismetrie şi hipermetrie în activitatea voluntară, vorbire disartrică), semne vestibulare (proba Romberg prezentă, nistagmus obişnuit orizontal, uneori vertical prin leziunea căilor supranucleare), semne oculare de mare importanţă în diagnostic cu nevrita retrobulbară (atrofia optică cu debut temporal decelată prin examenul oftalmoscopic). La această simptomatologie clasică se adaugă, în raport cu întinderea şi localizarea leziunilor, manifestări mai rare ca tulburări sfincteriene, semne extrapiramidale, epilepsie, amiotrofii etc. Biologic reacţia cu benzoe coloidal în tuburi lungi (Guillain-Laroche) arată deobicei o precipitare în zona de mijloc (tuburile 6—10). Evoluţie ondulantă cu exagerbări şi remisiuni, dar cu agravare progresivă. Durata obişnuită se cifrează în jurul a 10 ani.

SCLEROZA LATERALĂ AMIOTROFICĂ, *boala*. Sinonim maladia lui Charcot. De etiologie necunoscută, afectează în special bărbaţii adulţi. Este o maladie nervoasă sistematizată, caracterizată histopatologie prin degenerescenţa căilor piramidale, a coarnelor anterioare medulare şi a corespondentelor lor bulbare. Clinic se caracterizează prin prezenţa trepiedului clasic : sindrom piramidal cu spasticitate discretă, amiotrofii cu localizare obişnuit la membrele superioare cu predispoziţie distală, progresive cu realizarea mîinii de maimuţă, de predicator sau scheletică, cu fibrilaţii musculare caracteristice amiotrofiilor mielopatice şi paralizie labioglosolaringee, cu fibrilaţii locale şi reflexe vii. Evoluţia este inexorabilă spre exitus în cîţiva ani.

SCLEROZA LATERALĂ AMIOTROFICĂ DIN INSULA GUAN, *boala*. În insula Guan ca şi în alte insule din Oceanul Pacific este foarte frecventă scleroza laterală amiotrofică cu un accent caracteristic genetic, deşi lucrul acesta este încă contestat de unii cercetători. Se deosebeşte de forma comună prin debutul mai precoce, incidenţa mare, evoluţia îndelungată, uneori întretăiată de perioade de remisiune şi prin asocierea cu sindromul parckinsonian sau cu demenţă.

SCLEROZA LATERALĂ AMIOTROFICĂ EREDITARĂ, *boala*. Forma ereditară în această afecţiune este considerată obişnuit excepţional de rară. După unii autori 10—12% din cazurile de scleroză laterală amiotrofică ar avea un caracter familial, datorit probabil unei tulburări metabolice, transmisă pe cale genetică. Clinic, debutul e mai precoce decît în formă obişnuită şi evoluţia mai îndelungată.

Scanned with OKEN Scanner

SCLEROZIS MULTIPLEX DOLOROSA, *boala*. Vezi Müller, boala.

SCLEROZA PARARINALĂ. Scleroza feţei interne a lobului temporal care se întinde de o parte şi de alta a şanţului rinal, leziune generată prin ischemie, consecinţă a angajării girusului hipocampic prin fanta lui Bichat în hipertensiuni intracraniene, edem cerebral, etc. În acest proces sunt comprimate vasele corticale cu traect perpendicular pe bordul liber al coasei cerebeloase. Este frecvent întîlnită în epilepsia temporală.

SCLEROZA TUBEROASĂ. Vezi boala lui Bourneville.

SCOB, *boala*. Este o hemiatrofie cerebrală cu interesarea în special a celui de al 3-lea strat neuronal cortical. Se caracterizează clinic prin oligofrenie şi epilepsie. Cauza pare a fi o afecţiune primitivă neuronală.

SCOTOM HEMIANOPSIC, *semnul*. Este expresia foarte redusă a unei hemianopsii laterale homonime, consecinţă a unei leziuni foarte circumscrise a ariei striate, obişnuit de natură vasculară sau expansivă în faza iniţială. Constă în prezenţa unei umbre permanente în cîmpul vizual.

SCOTOMUL MIGRENOS, *semnul*. Apare în migrena oftalmică sub aspectul unui scotom obscur hemianopsic homonim şi traduce ischemia unei părţi a cortexului vizual. Este secundat de un scotom strălucitor care traduce o excitaţie succesivă prin vasodilataţie ce debutează la periferia zonei ischemice.

SCOTOMUL NEGATIV, *semnul*. Termen întrebuinţat pentru a se defini o zonă mică obscură în cîmpul vizual care amputează pe toată întinderea ei imaginea vizuală. Este determinat de spasme ale arterei retiniene.

ŞEAUA TURCEASCĂ, *examen radiologic*. Avînd în vecinătate numeroase structuri (chiasma şi nervii optici, nervii motori oculari, carotida internă şi artera oftalmică), putînd fi sediul tumorilor hipofizare iar în vecinătate craniofaringioame şi meningioame supraselare, cu posibile modificări în hipertensiunea intracraniană, şeaua turcească prezintă un interes deosebit pentru studiul radiologic. O şea normală nu elimină totuşi posibilitatea unui proces intra sau para-selar ; sînt necesare examene cu mijloace de contrast, arteriografie şi penumoencefalografie fracţionată şi dirijată.

SECRETAN, *sindromul*. Afecţiune rară cu expresie neuro-circulatorie, caracterizată prin apariţia posttraumatică a a unor tulburări vasculare, determinînd un edem dur şi persistent, însoţit de amiotrofii, redoare şi osteoporoză.

SECUSA, *electrodiagnostic*. Reprezintă zguduirea, contracţia şi relaxarea foarte rapidă, bruscă, ca răspuns normal al unui muşchi, la o excitaţie a nervului motor sau a punctului motor.

SEITELBER, *boala*. Vezi degenerescenţa neuroaxonală infantilă.

SELTER, *boala*. Neuroectodermoză, mai precis o trofodermatonevroză. Sinonim acrodinia infantilă a lui Schomel, boala lui Selter-Swift-Feer, acrodinia epidemică a adultului a lui Chardin. Este determinată de leziuni ale centrilor simpatici din diencefal şi mezencefal de natură inflamatorie virotică, intoxicaţii cu mercur sau avitaminoză. Afecţiunea este foarte rară, apărînd în special la copii între 1—4 ani. Se manifestă prin răcirea extremităţilor, edeme locale dure de culoare roşie aprinsă, algii, prurit, descuamaţii intense, uneori mioclonii cu tremurături fibrilare, la care se adaugă semne generale, febră, apatie, anorexie, scăderea în greutate, insomnii şi stări de agitaţie.

SEMNUL AMPRENTELOR PLANTARE. Descris de Allajouanine şi Gobcevich în sindromul cerebelos, ca semn al

Scanned with OKEN Scanner

hipotoniei musculare. Constă în prăbuşirea boltei plantare, cu desen caracteristic, plin, al amprentei plantare.

SEMNUL ANTEBRAŢULUI. Vezi Lesny-Vitek, semnul.

SEMNUL BALCONULUI. Vezi Ferey, semnul.

SEMNUL BOMBOANEI. Prezent în paralizia generală progresivă. Mişcările mimicei bolnavului sugerează suptul bomboanei.

SEMNUL CALCIULUI. Descris de Allajuanine şi Turel în sciatica radiculară. Constă în incapacitatea bolnavului de a merge pe călcîi, laba piciorului bolnav căzînd, fenomen de deficit motor incipient şi hipotonie.

SEMNUL CAROTIDEI EXTERNE. Descris de Fine Olivarius. Constă în proeminenţa uneia sau a mai multor ramuri ale arterei temporale superficiale la nivelul frunţii şi a pielii capului de aceeaşi parte unde o ocluzie a carotidei interne este suspectată.

SEMNUL CORTINEI. Vezi Vernet, semnul.

SEMNUL GAROULUI. Vezi Trousseau, semnul.

SEMNUL HAMALULUI. Prezent în miopatia coxofemorală (Leiden-Moebius) în care tulburările de motilitate afectează mersul. Ridicarea în picioare din decubitul dorsal de pe un plan tare, face impresia unui om care s-ar ridica de jos cu o greutate mare în spate. Iniţial bolnavul se întoarce pe o parte, caută sprijin în mîini, se ridică greoi căţărîndu-se pe gambe, genunchi şi coapse pînă a ajunge la verticalizare. Musculatura deficitară a centurii coxofemorală explică faptul.

SEMNUL LUI PAILLAS. În trombozele carotidiene, compresiunea carotidei sănătoasă, fără încetinirea pulsului şi fără prăbuşirea tensiunii arteriale sistolice, provoacă apariţia anomaliilor lente ale traseului electroencefalografic, fie limitate de partea compresiunii, fie bilaterale, dominînd însă de această parte. Dacă se menţine compresiunea, anomaliile dispar după un timp variabil.

SEMNUL NUCOMIDRIATIC. Descris de Flatau în sindromul meningian. De semnificaţie discutabilă şi de frecvenţă relativă, semnul constă în dilatarea pupilelor în timpul flexiunii capului pe torace.

SEMNUL PRONAŢIEI. Face parte din constelaţia semnelor de iritaţie piramidală. Se produce prin fixarea ambelor mîini ale bolnavului în poziţie de supinaţie, apoi lăsate libere. Mîna de partea afectată trece rapid în pronaţie, pe cînd cea de partea sănătoasă rămîne în supinaţie.

SENATOR, *sindromul*. De natură obişnuit vasculară, se caracterizează clinic prin îmbogăţirea sindromului protuberanţial altern de tip Millard-Gubler cu tulburări vegetative dimidiate, efect al prinderii formaţiunilor vegetative protuberanţiale în cadrul procesului patologic.

SEPTINEVRITA. Termen generic folosit pentru desemnarea modului de diseminare a infecţiei virale. Se ştie că în rabie invadarea sistemului nervos se face de la periferie spre centru pe calea nervilor periferici. În alte afecţiuni printre care şi zona procesul se petrece invers.

SEREISKI, *sindromul*. Complex psihic întîlnit în afecţiunile de lob frontal, în special cele proliferative. Reprezintă sindromul celor trei A, în speţă abulia, adinamia şi aspontaneitatea.

SFINGOLIPIDOZELE. Întrunesc maladiile congenitale caracterizate prin tulburări ale metabolismului sfingolipidelor. Acest grup cuprinde dislipidozele prin tulburări ale metabolismului gangliozidelor, tip maladia lui Tay-Sachs şi formele înrudite, dislipidozele prin tulburări ale metabolismului cerebrozidelor, tip maladia lui

Scanned with OKEN Scanner

Gaucher, dislipidozele prin tulburări ale metabolismului sfingomielinei, tip maladia lui Niemann-Pick, dislipidozele complexe, ca maladia lui Hurler. Studiile recente tind a lărgi cadrul acestor manifestări prin înglobarea unor leucodistrofii ş.a.

SHEAFF, *boala*. Vezi miokimia ereditară, boala.

SICARD, *semnul*. Semn de leziune a fascicolului piramidal. Constă în extensia halucelului determinată de balotarea laterală a piciorului respectiv.

SICARD, *semnul*. Descris în sciatică sub denumirea de asceniune a călcîiului. În poziţia culcată a bolnavului, călcîiul de partea afectată se situiază într-o poziţie mai ridicată faţă de omologul său sănătos, fie printr-o lejeră flexiune antalgică a genunchiului, fie prin efectul unei contracturi de aceiaşi natură a muşchilor centurii pelviene.

SICARD-CANTALOUBE, *reacţie de laborator*. Vezi albuminorahia.

SICARD şi COLLET, *sindromul*. Face parte din grupa paraliziilor asociate de nervi cranieni. Afectează glosofaringianul, pseumogastricul, spinalul intern şi extern, şi hipoglosul. Se caracterizează clinic prin tulburări motorii (paralizia velopalatină, laringee, faringiană, a trapezului, a sternocleidomastoidianului şi a limbii), tulburări sensitive (anestezia laringeană) şi tulburări senzoriale (abolirea gustului în treimea posterioară a limbii. Se întîlneşte în deosebi în fracturile de bază, atunci cînd linia de fractură trece prin gaura condiliană şi gaura ruptă posterioară.

SIGMA, *e.e.g.* Vezi activitate sigma.

SIGMATISMUL. Sinonim sîsîiala, este o tulburare de pronunţie, o dislalie dentală, în care sunetele S, Z şi J ca şi complexele PS, TS, MS, MŞ etc., sînt pronunţate defectuos, datorită fie unei dificultăţi de percepţie a sunetelor înalte, fie mai ales unei anomalii în implantarea dinţilor sau a formei maxilarelor.

SIMPATALGIILE, sindromul. Afecţiuni esenţialmente dureroase, persistente şi penibile, caracterizate prin algii cu localizare difuză sub forma unei senzaţii particulare de arsură chinuitoare şi prin tulburări concomitente vegetative şi trofice, determinate de atingerea fibrelor amielinice algoconducătoare, angajate pe traectul căilor sistemului simpatic. Această întovărăşire temporară anatomică explică particularităţile complexe ale acestor afecţiuni, care, pe lîngă fenomenul dureros, se exteriorizează prin manifestări vasculovegetative, ele însile capabile de exacerbări algice. Cauzele obişnuite ale acestor sindroame sînt leziunile iritative intrinsece sau extrinsece ale fibrelor algoconducătoare, de la nivelul căilor simpatice sau ale nervilor periferici.

SIMULTALAGNOZIA, *semnul*. Sinonim agnozia simultană, descrisă de Wolpert. Constă în incapacitatea de a înţelege un ansamblu, de a realiza o sinteză a percepţiei.

SINCINEZIA HALUCELUI, *semnul*. Descris de Boschi, face parte din seria micilor semne piramidale. Se pune în evidenţă invitînd bolnavul culcat să flexeze gamba, în timp ce observatorul se opune, apăsînd cu mîna stîngă coapsa bolnavului deasupra genunchiului. Semnul este pozitiv prin apariţia extensiei halucelui. Aplicînd concomitent manevra Babinski, în caz de leziune organică semnul apare evident şi, invers, în tulburările funcţionale se produce flexiunea halucelui.

SINCINEZIA PALPEBROBUCALĂ. Apare în vindecările nefiziologice ale unei paralizii faciale periferice prin procesul de axare haotică a fibrelor nervoase în refacere. În această formă închiderea ochilor se însoţeşte de contractura comisurii bucale anterior afectate.

Scanned with OKEN Scanner

SINCOPA ESENŢIALĂ POSTMICŢIONALĂ, *sindromul.* Face parte din categoria sincopelor vagovagale obişnuite la copil. Sincopa apare la bărbat cu ocazia urinării după trezirea din somn în timpul nopţii. Accidentul este determinat de hipotensiunea în ortostatism subit la un subiect în prealabil culcat, cu un tonus vascular redus şi de cardioinhibiţia prin aferenţe centripete la un hipervagotonic în faza de vagotonie nocturnă. Anoxia cerebrală care determină sincopa, se poate însoţi, adesea, de o eliberare hipertonică ce pune în discuţie diagnosticul diferenţial cu epilepsia.

SINCRONE, *e.e.g.* Unde de aceeaşi frecvenţă la care deflexiunea se face în acelaşi timp, punctele de întretăiere cu linia de bază coincizînd. Vezi „Fază".

SINDROMUL ACETALDEHIDIC. Apare în cursul curei de dezgust faţă de alcool cu disulfiram (antalcool). Este determinat de acumularea în organism a acetaldehidei rezultate din metabolismul incomplet al alcoolului, disulfiramul împiedecînd oxidarea acestui metabolit în acid lactic. Clinic, apare o hiperemie pronunţată a feţei şi a conjunctivelor, ce poate cuprinde trunchiul şi membrele superioare, cefalee penibilă pulsatilă, hiperpnee, greaţă, vărsături, hipertensiune, uneori pierderea cunoştinţei. Reiterarea terapeutică a sindromului creează condiţionat desgustul faţă de alcool.

SINDROMUL ADIPOZO GENITAL. Vezi Babinski-Froehlich, sindromul.

SINDROMUL ALTERN AL FOSEI CEREBRALE MIJLOCII. Constă în asocierea la sindromul opticopiramidal al lui Radovici-Lascu, a paraliziilor nervilor cranieni din unghiul sfenocavernos (III, IV, V şi VI). Pare a fi generat de tromboza retrogradă a carotidei, datorită unui anevrism alb, decît de o tromboză primitivă.

SINDROMUL ALTERN INTERDECUSATIV. Sindrom bulbar, obişnuit vascular, în care alternanţa este senzitivă. Leziunea este situată dedesubtul decusaţiei senzitive şi deasupra decusaţiei motorii. Rezultă un sindrom altern caracteristic, cu hemiplegie brachiocruralâ încrucişată cu hemianestezie totală sau disociată homolaterală.

SINDROMUL AMNEZIC AL OBSTRUCŢIEI CEREBRALELOR POSTERIOARE. Distribuirea ramolismentelor în obstrucţia bilaterată a arterelor cerebrale posterioare cuprinde cortexul occipital bilateral şi întrerupe la nivele diferite circuitul lui Papez. Sindromul asociază: un deficit mnezic cortical prin distrugerea engramelor vizuale vechi şi prin imposibilitatea fixării de noi engrame ; un deficit mnezic datorat leziunilor axiale ale circuitului lui Papez, caracterizat esenţial prin dificultatea de a integra şi deci de a reţine datele multisensoriale (auditive somestezice, olfactive etc.) provenite din zone intacte ale sistemului nervos. Expresia clinică este o amauroză cu dezorientare spaţială severă şi amnezie asupra informaţiilor corect percepute, recente şi vechi.

SINDROMUL APATICOAKINETICOABULIC. Descris de Kleist în leziunile masive de lob frontal. Obişnuit de natură proliferativă sau vasculară, sindromul este caracterizat printr-o tulburare accentuată a activităţii globale, cu lipsă progresivă de preocupări şi iniţiativă, apatie cu reducerea la maximum a manifestărilor motorii şi abulie.

SINDROMUL APEDUCULUI KESTENBAUM. Vezi Kestenbaum, sindromul.

SINDROMUL ARTEREI CEREBELOASE SUPERIOARE. Descris de Guillain, Bertrand şi Peron. Determinat de un ramolisment în domeniul de irigare a arterei cerebeloase superioare, la nivelul cerebelului şi calotei protuberanţiale. Se ca-

Scanned with OKEN Scanner

racterizează printr-un hemisindrom cerebelos (leziuni ale feţei superioare a emisferului cerebelos) mişcări involuntare (lezarea pedunculului cerebelos superior sau a nucleului dinţat) şi hemianestezie de tip siringomielic de partea opusă (leziuni ale calotei protuberanţiale).

SINDROMUL ARTEREI CEREBRALE ANTERIOARE. Determinat de un ramolisment în domeniul de irigare al acestei artere (circumvoluţiile orbitare, prima frontală, circumvoluţiile feţei interne emisferice, inclusiv lobul paracentral şi corpul calos) prin ateroscleroză, anevrism, embolii, compresiune etc. Clinic, monoplegie crurală, controlaterală cu tulburări de sensibilitate subiective şi obiective, parestezii ale gambei şi piciorului, hipoestezie superficială şi pierderea sensibilităţilor profunde. Poate fi semnalat şi un foarte discret grad de pareză a membrului superior, uneori semnul prehensiunii forţate şi tulburări apraxice ideomotorii, determinate de leziuni ale corpului calos.

SINDROMUL ARTEREI COROIDIENE ANTERIOARE. Teritoriul de irigare cerebrală al arterei coroidiene anterioare cuprinde bandeleta optică, jumătatea externă a ganglionului geniculat, extremitatea posterioară a braţuliu posterior al capsului interne înglobînd începutul radiaţiilor optice şi acustice, o porţiune a piciorului pedonculului cerebral, nucleul posterior al talamusului, corpul şi coada nucleului caudat, partea internă a palidului, uncusul şi pilierul posterior al trigonului. Ocluzia coroidianei anterioare poate fi vizualizată prin arteriografia cerebrală. Sindromul se caracterizează prin : hemiplegie neproporţională, hemihipoestezie, hemianopsie şi sindrom talamic contingent. Două grupe de simptome par în deosebi evocatoare : asociaţia de hemiplegie cu hemianopsie şi asociaţia de hemiplegie, hemihipoestezie şi sindrom talamic.

SINDROM ARTERIOAXIAL ANTERIOR AL NERVULUI OPTIC. Vascularizaţia capului nervului optic este asigurată de ramura anterioară a sistemului arterial axial, a cărei atingere, prin proces de arterioscleroză sau maladia lui Horton, duce la o pseudonevrită optică papilară edematoasă, urmată de atrofie optică.

SINDROM ARTERIOAXIAL POSTERIOR AL NERVULUI OPTIC. Vascularizaţia nervului optic este independentă şi complet separată de vascularizaţia retinei, fără anostomoze între cele două sisteme. Nervul optic este irigat de artera sa centrală care, ajungînd la centrul nervului, se divide într-o ramură anterioară, destinată capului nervului şi una posterioară, care se întinde pînă la canalul optic şi irigă fasciculul macular. Obliterarea acestei ramuri posterioare atacă brutal viziunea centrală cu funcţiunile ei morfoscopice şi cromatice. Se manifestă scăderea bruscă a viziunii sub 1/10 cu scotom central, ovalar sau în rachetă şi fără diferenţe de presiune a T.A.R.C. sau de aspect al pupilei. Ulterior, apare atrofia optică cu debut temporal prin degenerare descendentă a fasciculului macular. Etiologia obişnuită este arterioscleroza şi arterita Horton.

SINDROMUL ASFIGMOPIRAMIDAL. Descris de Fradis şi Petrovici. Este determinat de progresarea unei tromboze carotidiene la artera subclaviculară corespondente. În acest caz, la simptomatologia piramidală controlaterale a trombozei carotidiene se adaugă dispariţia pulsului de aceeaşi parte cu factorul obstruant.

SINDROMUL ATAXIE TELANGIECTAZIE. Maladie degenerativă a vîrstelor mici cu caracter familial. Descrisă recent de Louis Bar, Boder şi Sedgwick. Debutul la vîrsta mersului prin ataxie cerebeloasă, mers ebrios şi semne neocerebeloase, dismetrie, hipermetrie, tremurături intenţionale, asinergie şi disartrie, la care se asociază, frecvent, semne extra-

Scanned with OKEN Scanner

piramidale, facies înţepenit, hipertonie plastică şi distonie de atitudine sau mişcări atetozice. Telangiectaziile oculare sînt patognomonice, constînd din dilataţii venoase vermiculare localizate orizontal, în special la unghiul extern al globilor oculari. Progresiv, telangiectaziile ocupă şi faţa în jurul globilor oculari şi a rădăcinii nasului, adesea cu aspectul de fluture, ca în lupus. O viscozitate a mişcărilor globilor oculari ca şi uşurinţa de îmbolnăviri repetate ale căilor respiratorii completează semiologia acestei curioase afecţiuni. Histopatologic, s-a putut nota numai o rarefiere a celulelor lui Purkinje şi o atrofie a stratului granular.

SINDROMUL BIFURCAŢIEI TRUNCHIULUI BAZILAR. Determinat de leziuni mari ateromatoase ale extremităţii orale a trunchiului bazilar, la nivelul bifurcaţiei sale, origine a plexurilor interpedonculare şi a trunchiului talamoperforat. Leziunile interesează substanţa reticulată mesencefalică, regiunea hipotalamică posterioară şi nucleii talamici intralaminari, adică sistemul reticulat activator, la care se adaugă leziuni contingente mesencefalice ale nucleilor perechii a III-a, ale bandeletei longitudinale şi ale regiunii periapeducale. Clinic, se manifestă prin paralizie bilaterală a perechii a III-a cu tulburări grave ale cunoştinţei şi ale funcţiilor vigile (Castaigne, Façon şi colab.).

SINDROMUL BULBAR BILATERAL. Obliterarea trunchiului bazilar determină un ramolisment masiv bulbar cu debut ictal, exprimat prin quadriplegie cu tulburări de deglutiţie şi fonaţie (paralizie labioglosofaringee cu debut apoplectic).

SINDROMUL CANALULUI TARSIAN. Descris de Keck (1962) este corespondentul la membrele inferioare a sindromului tunelului carpian. Afectează pachetul vasculonervos tibial posterior în traectul său spre plantă prin canalul tibioastragalocalcanean. Apare în urma unor traumatisme locale şi e mai frecvent la femei. Simptomatologia este preponderent senzitivă, cu parestezii predominent distale, dureri în talpă şi iradieri spre faţa internă a gambei, cu exagerări la efort, uneori nocturne.

SINDROM CAROTIDOVERTEBRAL. Asocierea paroxistică sau durabilă la insuficienţa circulatorie vertebrobazilară a unei simptomatologii carotidiene. Constă în intricarea semnelor de insuficienţă vertebrobazilare (diplopie şi vertij intermitent) cu simptome deficitare carotidiene (accese amaurotice unilaterale, elemente confuzionale şi hemicranii anterioare). Explorarea angiografică precizează sediul topografic al procesului trombotic, exo sau intracranian.

SINDROMUL CEREBELOPROTUBERANŢIAL AL LUI BABINSKI. Sindrom protuberanţial altern, obişnuit vascular, de tipul Millard-Gubler, la care se adaugă un net sindrom cerebelos de aceiaş parte a leziunii.

SINDROMUL CEREBELOS. Simptomatologia cerebeloasă ţine de lipsa controlului sinergiei diferitelor grupe de muşchi care intră în executarea unui act motor ca şi de lipsa distribuirii tonusului muscular la aceste nivele, ambele funcţiuni proprii cerebelului. Clinic, se notează următoarele semne : hipotonia musculară, încetinirea mişcării, tremurătura cerebeloasă prezentă numai în acţiune şi în special la sfîrşitul acesteia, descompunerea mişcărilor, dismetria şi hipermetria prin dozarea greşită a mişcărilor, fenomene de rebond sau de dare înapoi, adiadococinezia, devierea indicelui, tulburări ale mersului şi atitudinilor.

SINDROM CEREBELOS BILATERAL. Staţiunea cu poligonul de susţinere lărgit, cu neîncetate oscilaţii anteroposterioare ale corpului (echilibru precar) mersul disarmonic cu hipermetrie a membrelor inferioare însoţită de tulburări în sinergiile de echilibrare. Atrofia corticală

Scanned with OKEN Scanner

cerebeloasă descrisă de Pierre Marie, Foix şi Allajouanine ilustrează predominent această simptomatologie globală.

SINDROMUL CEREBROCORONARIAN. Vezi Litvak, sindromul.

SINDROMUL CEREBROMETASTATIC. Descris de Huguenin. Reprezintă o formă particulară de debut clinic a unei metastaze cerebrale prin hemiplegie, asemănătoare, prin apariţia bruscă, unui accident vascular cerebral hemoragic sau obstructiv, punînd uneori dificile probleme de diagnostic diferenţial. Este determinat de hemoragii paratumorale, embolii cu celule canceroase sau ramolismente.

SINDROM CERVICAL INFERIOR. Apare în cadrul unei spondiloze şi a unei spondilartroze a coloanei cervicale inferioare, mai precis la nivelul vertebrelor C_5 C_6 C_7, cu strîmtorarea prin procesul exostozic sub forma de benzi excrescente a celei de a 6-a şi a 7-a gaură de conjugare. Cea mai vulnerabilă este cea de a 6-a rădăcină cervicală, urmată de a 7-a şi a 5-a. Mişcările coloanei cervicale sînt dureroase, cu senzaţii penibile de tracţiune, ce iradiază de la ceafă la umăr, braţ, articulaţia cotului, antebraţ şi mînă.

SINDROMUL CHIASMATIC TRAUMATIC. Secundar unor puternice traumatisme craniene frontale. Clinic apar alterări ale cîmpului vizual (hemianopsie bitemporară sau cecitatea unui ochi cu atingerea cîmpului temporar al celuilalt), modificări ale acuităţii vizuale, atrofie optică tardivă, la care se adaugă posibile paralizia olfactivă, paralizii de motilitate oculară şi tulburări infundibulotuberiene. Sindromul, fără modificări evolutive, pare a fi generat de o tracţiune pe chiasmă de masa cerebrală împinsă brutal de traumatism, nervii optici fiind solid fixaţi în găurile optice.

SINDROMUL CHRISTIANSEN SILVERSTEIN. Vezi amiotrofia parietală.

SINDROMUL COASTEI CERVICALE. Determinat de prezenţa unei coaste cervicale dezvoltată la nivelul celei de a 7-a vertebră cervicală, mai rar de o apofizomegalie a aceleiaşi vertebre. Se caracterizează prin parestezii, ce merg pînă la dureri penibile de-a lungul feţei interne a membrului superior (C_8—D_1), exagerate în decubit dorsal, însoţite de tulburări vasculare (paloare, sincopă sau cianoza ultimelor degete, diminuarea pulsului şi scăderea tensiunii arteriale de aceiaş parte), cu posibila apariţie de semne neurologice (amiotrofia micilor muşchi ai mîinii, uşoare tulburări de sensibilitate şi diminuarea reflexului olecranian), determinate prin compresiune asupra elementelor vasculonervoase. Palparea golului supraclavicular, dureroasă, pune în evidenţă prezenţa factorului compresiv. Radiografia locală este revelatoare. Intervenţia chirurgicală este recomandată numai la apariţia semnelor de deficit motor.

SINDROMUL COLOANEI SIMPATICE DORSALE. Vezi Vulpian, sindromul.

SINDROMUL COMISURII CENUŞII. Propriu siringomieliei, constă în tulburări de sensibilitate disociate, determinate de întreruperea fasciculelor spinotalamice la nivelul decusaţiei lor medulare. Se caracterizează prin clasica termoanalgezie, adică abolirea selectivă a sensibilităţii termice şi dureroase, cu conservarea sensibilităţii tactile, a simţului muscular şi a barosensibilităţii.

SINDROMUL COMISURII LUI WERNEKING. Descris de Lhermitte (1909) sub numele de atrofie olivorubrocerebeloasă (degenerescenţa totală a pedoncurilor cerebeloşi superiori şi a nucleilor dinţaţi, a olivelor bulbare, a fibrelor olivocerebeloase şi în fine a cortexului cerebelos). Sindromul este generat de o necroză vasculară a comisurii lui Werneking şi se caracterizează printr-o simpto-

Scanned with OKEN Scanner

matologie cerebeloasă totală, cu mersul şi staţiunea imposibile prin instabilitatea şi oscilaţii considerabile ale corpului, cu mişcări hipermetrice şi asinergice, tremurături şi dizartrie cerebeloasă.

SINDROMUL CONDILOGAURA RUPTĂ POSTERIOARĂ. Este sindromul Sicard şi Collet determinat de cauze exocraniene.

SINDROMUL CONVULSOPARALITIC. Expresie clinică de valoare diagnostică incontestabilă, ce survine în evoluţia unui proces expansiv intracerebral, înlocuitor de spaţiu, sau a tromboflebitelor sinusurilor cerebrale, în special a sinusului longitudinal. Se caracterizează prin apariţia postcritică a unui deficit motor durabil şi progresiv.

SINDROMUL CORPULUI CALOS. Realizat în general de factori proliferativi cu tendinţă de invadare a regiunilor limitrofe, în speţă lobii frontali, şi de tulburări circulatorii în artera cerebrală anterioară şi posterioară. Clinic, compromiterea integrităţii corpului calos împiedică transferul către emisferul minor a performanţelor motorii de finețe şi precizie dobîndite de emisferul major. Semne proprii : apraxie unilaterală stîngă de tip ideomotor, uneori cu asomatognozie şi cu astereognozie stîngă. Semne de împrumut : tulburări psihice asemănătoare celor de lob frontal, cu prăbuşirea memoriei, realizate de sindromul Marchiafava-Bignami, tulburări de echilibru ş.a.

SINDROMUL CORPULUI LUI LUYS. Etiologia obişnuit vasculară (leziuni hemoragice sau malacice). Manifestarea clinică dominantă este o hemicoree controlaterală intensă, interesînd membrele, faţa, gîtul şi corpul, la care se adaugă aspectul de hemibalism, cu mişcări de rotaţie şi torsiune ale membrelor şi corpului de aceeaşi parte. Hipotonia jumătăţii de corp afectate şi tulburările psihice (agitaţie psihomotorie nocturnă) completează tabloul clinic al sindromului pur.

SINDROMUL CORTIZONIC. Survine îndeosebi la bolnavi în cursul unei terapii îndelungate cu hormoni corticosuprarenali, derivaţii metilaţi şi flouraţi fiind cei mai toxici (dermatite rebele, sindroame nefritice etc.) Se caracterizează prin slăbiciune musculară şi atrofii musculare lejere ale membrelor şi, în special, ale trunchiului. Examenul biopsic arată o simplă reducere volumetrică a fibrelor musculare, fără aspect degenerativ. Electromiografic se recrutează, de obicei, trasee polifazice de mică amplitudine, iar cronaxia apare paralel mărită. Revenirea la normal este regula, însă după cîteva luni de la încetarea tratamentului cu corticoizi.

SINDROMUL CRUROSCIATIC. Formă asociată de paralizie crurosciatică sau de algie crurosciatică, depinzînd în special de o leziune radiculară, determinată obişnuit de fracturi ale rahisului lombar sau de un cancer metastatic (prostată, uter).

SINDROAMELE DE ANGAJARE. Reprezintă complicaţiile grave ce se pot ivi în cursul evoluţiei hipertensiunii intracraniene. Presiunea ce se exercită continuu şi progresiv de către factorul proliferativ asupra materiei cerebrale aflată într-un conţinător inextensibil, o sileşte să folosească cele mai mici posibilităţi de expansiune, în speţă gaura occipitală, marginea internă liberă a cortului cerebelos şi marginea inferioară a coasei creierului. Materia cerebrală efracţionează aceste spaţii, herniind sub formă de conuri de presiune ce vor exercita o acţiune mecanică gravă asupra formaţiilor nervoase de vecinătate, în special mezencefalul şi bulbul rahidian. Vezi angajarea cerebeloasă şi temporală.

SINDROMUL DE APEX ORBITAR, Vezi Rollet, sindromul.

Scanned with OKEN Scanner

SINDROMUL DE ARTERĂ CEREBRALĂ POSTERIOARĂ. Determinată prin obstrucţia ateromatoasă sau de altă natură a arterei cerebrale posterioare. Ramolismentul determinat poate fi superficial, în acest caz caracterizîndu-se clinic prin hemianopsie laterală obişnuit în cadran superior la care se adaugă, în cazul emisferului stîng, afazia senzorială, agnosie şi ataxie, sau profund, frecvent la vîrstele înaintate, cu realizarea clinică a sindromului talamic. Un dublu ramolisment superficial de cerebrală posterioară se poate solda fie cu o cecitate completă, fie prin o dublă hemianopsie cu conservarea viziunii maculare sau centrale.

SINDROMUL DE ARTERĂ SILVIANĂ. Obliterarea arterei silviene la originea sa printr-o embolie mare este extrem de gravă, uneori chiar din punct de vedere vital, determinînd o mare dezordine circulatorie encefalică, cu sau fără ictus brutal, urmat de comă. Clinic, hemiplegie completă proporţională cu hemianestezia şi hemianopsia laterală homonimă, la care se adaugă afazia totală (afectarea emisferului stîng), sau hemiasomatognozia cu anosognozie (leziunea emisferului drept). Forma profundă a ramolismentului silvian se caracterizează fie printr-o hemiplegie flască apoi spastică, fără hemianopsie şi tulburări de sensibilitate importante, fie de deficit motor masiv cu hemianopsie prin atingerea radiaţiilor talamice, ambele asociate uneori cu anartrie tranzitorie (afemie) sau durabilă, ori afazie Broca. Ramolismentele silviene superficiale, prin obliterări ale ramurilor de distribuţie frontoparietotemporale, realizează sindroame clinice parcelare, mai reduse, celor anterioare revenindu-le un grad mai accentuat de deficit motor, celor posterioare (ramolismente temporopliu curb şi parietopliu curb) revenindu-le de regulă o hemianopsie homonimă, iar cînd sunt localizate pe emisferul stîng, afazie Wernicke şi apraxie.

SINDROMUL DE AUTOMATISM SIMPATIC. Sindrom vazomotor al secţiunilor măduvei descris de A. Thomas. Este efectul liberării centrilor vasoconstrictori medulari cu instalarea unei hipotermii progresive a teritoriului paralizat, a cărei limită superioară se suprapune destul de exact nivelului considerat al secţiunii medulare.

SINDROMUL DE DISOCIAŢIE ALBUMINOCITOLOGICĂ. Caracterizat prin prezenţa unei albuminorahii apreciabile ce poate atinge, în unele cazuri, cifre spectaculare de 10—20 g‰, de cele mai multe ori fără nici o reacţie citologică complimentară. Prezent în poliradiculonevrita Guillain-Barré, în compresiuni medulare prin factori proliferativi, morbul Pott, tumori cerebrale, uneori la vechi luetici, fără a indica existenţa unei meningite active.

SINDROMUL DE DISOCIAŢIE CITOALBUMINOASĂ. Caracterizat prin prezenţa unei pleiocitoze de peste 20 elemente pe mm^3, cu o albuminorahie normală şi facultativ cu hiperglicorahie. Indică stări inflamatorii ale nevraxului, infecţii neurotrope, encefalita letargică, zona etc.

SINDROMUL DEFICITAR INTERCRITIC. Sindrom de mare valoare în stabilirea diagnosticului de tumoră cerebrală, incontestabil superior deficitelor tranzitorii postcritice. Se caracterizează prin tulburări clinice permanente, iniţial discrete, limitate la o asimetrie de reflexe, sau la mici semne deficitare senzitivomotorii, însă durabile şi progresive evolutiv.

SINDROMUL DEFILEULUI COSTOCLAVICULAR. Determinat de compresiunea trunchiurilor plexului brahial în traiectul lor prin defileul situat între claviculă şi prima coastă. Se caracterizează prin parestezii şi dureri de-a lungul feţei interne a membrului superior ce se pot generaliza la întreg membrul, de la

Scanned with OKEN Scanner

umăr la degete, cu incidenţă în special nocturnă sau în timpul mişcărilor membrului superior, care angajează ridicarea plastronului costal superior. În cazurile rebele, ablaţia primei coaste poate fi recomandată.

SINDROMUL DE FURT SUBCLAVICULAR. Fenomen de hemodeturnare, de furt al sîngelui destinat creierului, pentru a compensa irigarea compromisă a altor teritorii somatice. Cel mai frecvent este sindromul de furt subclavicular sau de supleare vertebrosubclaviculară în cazul obliterării arterei subclaviculare drepte sau a trunchiului nenumit. În aceste cazuri, sîngele pornit pe artera vertebrală sănătoasă se întoarce pe vertebrală afectată în sens retrograd şi asigură irigarea humeralei controlaterale. Sindromul se întîlneşte în diferite variante, de obicei la bărbaţi în a 6-a decadă de vîrstă şi este generat de leziuni ateromatoase ale marilor vase ale crosei aortice. Suferinţa creierului spoliat se manifestă prin semne de insuficienţă vertebrobazilară (pierderi de cunoştinţă, ataxie, diplopie, cefalee etc.), iar de partea arborelui arterial trombozat, scăderea pînă la dispariţie a pulsului şi tensiunii arteriale.

SINDROMUL DEGETELOR MOARTE. Sindrom vazomotor al extremităţilor rezultînd dintr-un spasm arteriolar pasager printr-un hipersimpaticotonism constituţional sau circumstanţial. Administrarea vasodilatatoarelor este eficace.

SINDROMUL DE HEMIBULB. Vezi sindromul lui Babinski-Nageotte.

SINDROMUL DE HEMISECŢIUNE MEDULARĂ. Vezi Brown-Sequard, sindromul.

SINDROMUL DE EMISFER CEREBELOS. Determinat de traumatisme craniene, de procese compresive, tumori, abcese, tuberculoame cerebeloase, accidente vasculare etc. Sindromul imprimă tulburări în hemicorpul homolateral leziunii. De aceeaşi parte se notează hipotonie şi pasivitate a membrelor, incoordinare statică şi cinetică, reflexe pendulare, abolirea reflexelor de postură, inflexiunea rahisului către partea bolnavă, lateropulsiune şi oscilaţii ale corpului către partea lezată.

SINDROMUL DE HIPONATRIEMIE. Sinonim sindrom de deshidratare. Sindrom biochimic caracterizat prin dezechilibrul repartiţiei apei pe seama sectorului extracelular şi în favoarea sectorului intracelular însoţit de scăderea sodiului plasmatic sub 150 m. Eg/l, hipocloremie, creşterea potasiului globular, scăderea potasiului plasmatic, scăderea rezervei alcaline şi hipotonia osmotică a plasmei. Foarte frecvent întîlnit în traumatismele craniocerebrale, părînd a fi generat fie prin insuficienţa hormonilor tropi ai hipofizei anterioare pentru corticosuprarenală, fie prin hiperfuncţia hipofizei posterioare.

SINDROMUL DEITEROSPINAL. Izolat de Barré în 1926. Determinat prin afectarea fasciculelor deiterospinale în regiunea bulbară şi caracterizat prin tulburări mari ale mersului.

SINDROMUL DE LOB TEMPORO-PARIETAL STÎNG. De etiologie vasculară, traumatică sau tumorală, se caracterizează clinic prin coexistenţa unei afazii receptive Wernike alături de hemianopsia şi apraxia ideatorie.

SINDROMUL DE NEURON MOTOR CENTRAL. Determinat de leziuni ale neuronului central corticospinal, în speţă calea piramidală prin agresiuni inflamatorii, toxice, alergice, traumatisme, compresiuni etc. Anularea sau alterarea funcţiilor acestui neuron, în speţă motilitatea voluntară şi inhibiţia centrilor tonigeni şi reflexogeni inferiori musculari, justifică simptomatologia, caracterizată prin paralizii de grupe musculare întinse, spasticitate musculară şi hiperreflectivi-

Scanned with OKEN Scanner

tate osteotendinoasă. Sindromul nu se însoţeşte de reacţii electrice de degenerescenţă sau de atrofie musculară.

SINDROMUL DE NEURON MOTOR PERIFERIC. Determinat de leziuni ce afectează celula motorie din coarnele anterioare ale măduvei sau nucleii nervilor cranieni şi căile motorii spinomusculare, rădăcini, trunchiuri, şi nervi periferici. Etiologia cuprinde factori toxiinfecţioşi, traumatisme, compresiuni mecanice etc. Prin anularea sau alterarea funcţiilor neuronului periferic, motilitatea, tonicitatatea, reflectivitatea şi troficitatea, simptomatologia va cuprinde paralizia muşchilor dependenţi, hipotonia, flasciditatea, hipo sau areflexia osteotendinoasă, atrofia muşchilor şi modificări ale reacţiilor electrice.

SINDROMUL DE RIGIDITATE AL BĂTRÎNULUI. Descris de O. Foerster. Este consecinţa alterărilor degenerative de origine vasculară, care afectează sistemele piramidal, extrapiramidal, cerebelos şi cu netă repercursiune în zona psihică. Clinic este apropiat maladiei lui Parkinson fără tremurături însă, cu o hipertonie musculară predominentă, cu exagerarea reflexelor de postură şi cu încetinire spontană sau comandată a mişcărilor. Caracteristic este prezenţa catalepsiei, adică conservarea indefinită a unei poziţii a membrelor impusă pasiv, a denervării, compromisă evident prin contracţia prelungită a muşchilor agonişti după executarea unei mişcări şi a opoziţionsimului, exprimat prin contracţia involuntară a muşchilor antagonişti faţă de o mişcare pasivă a membrelor.

SINDROMUL DE SECŢIUNE MEDULARĂ TOTALĂ. Apare după secţiunile fiziologice ale măduvei de cauză medicală sau traumatică. Sindromul se manifestă prin pierderea motilităţii în segmentele sublezionale justificată de angajarea căilor piramidale (tetraplegie sau paraplegie), prin anestezie sublezională pentru toate categoriile de sensibilitate determinată de distrugerea căilor ascendente ale sensibilităţii, prin anularea inervaţiei segmentare de la nivelul secţiunii datorită leziunii concomitente a rădăcinilor anterioare şi posterioare şi prin tulburări sfincteriene.

SINDROMUL DE TRUNCHI BAZILAR. Semnalat de obicei în ateroscleroza cu tromboză a arterei bazilare. Iniţial apar semne clinice intermitente traducînd claudicaţia circulatorie în acest important teritoriu, ca vertije, parezii şi parestezii ale membrelor, oftalmoplegii şi paralizii trecătoare ale nervilor cranieni. În faza de tromboză cu instalare progresivă sau brutală, apar hemiplegia în basculă, paralizii ale nervilor cranieni şi eclipse psihice, după care exitusul survine în 5—6 zile. Sindroamele parţiale sînt în funcţie de colateralele atinse ale sistemului arterial bazilar, care interesează pedunculii cerebrali, protuberanţa şi bulbul.

SINDROMUL DE UNGHI PONTOCEREBELOS. Dezvoltarea unor procese expansive, neurinoame în special, mai rar meningioame, chiste parazitare sau arahnoidite în unghiul format de faţa laterală a protuberanţei şi faţa anterointernă a emisferului cerebelos corespondent, cunoscut din această cauză sub numele de unghi pontocerebelos, situat în fosa posterioară, determină o simptomatologie specială şi destul de elocventă. Suferinţa iniţială a nervilor cranieni care străbat spaţiul, acusticovestibularul şi facialul cu intermediarul lui Wrisberg, la care se alătură trigemenul învecinat, deschide scena clinică, cu evoluţie lungă, în care se angajează, treptat, formaţiunile nervoase de vecinătate, cerebelopontobulbare, în final cu hipertensiune intracraniană.

SINDROMUL DISCEFALIC AL LUI FRANÇOIS şi PIERARD. Vezi François şi Pierard, sindromul.

SINDROMUL EDEMATOCEREBELOS POST PUERPERAL. Extrem de

Scanned with OKEN Scanner

rar întîlnit. În cazurile descrise a fost însoţit de edeme ale membrilor inferioare, iar după ieşirea din starea de comă, s-a putut constata prezenţa unui sindrom cerebelos în continuă remisiune.

SINDROMUL E.E.E. HEMICONVULSII, HEMIPLEGIE, EPILEPSIE. Descris de Gastaud este determinat de leziuni vasculare, obişnuit de o tromboză venoasă acompaniată de edem cerebral intens homolateral cu angajare hipocampică consecutivă. Ischemia acută astfel provocată a părţii inferointerne a lobului temporooccipital, cu angajarea hipocampului, amigdalei şi a formaţiilor mezencefalodiencefalice mărginaşe în procesul de necroză neuronală, va fi suportul material al crizelor de eplipsie ulterioară, celelalte două componente ale sindromului fiind justificate direct de accidentul vascular cerebral.

SINDROMUL EXTENSOPROGRESIV. Descris de Barré, reprezintă totalitatea tulburărilor nervoase extensoprogresive de origine periferică. Generate de un trumatism uneori minim, ele se caracterizează prin extinderea lor la teritorii care debordează larg zona traumatizată, diferenţiindu-se prin aceasta de sindromul fiziopatic. Patogenic este vorba de excitaţii ce pleacă de la nivelul focarului traumatic spre centrii unde determină fie tulburări vazomotorii, fie chiar leziuni iritative şi deficitare. În aceste condiţii apar forme clinice ale acestui sindrom cu predominenţă motorie, forme cu predominenţă senzitive şi forme cu predominenţă amiotrofică (amiotrofiile reflexe ale clasicilor şi pseudoscleroza amiotrofică). În ultimul timp sindromul, atît de proteiform, întruneşte discuţii asupra autenticităţii sale.

SINDROMUL FANTEI SFENOIDALE. Descris de Rocher-Duvignand, face parte din grupa paraliziilor asociate de nervi cranieni. Afecţiunea interesează nervii motorocular comun, patetic, motor ocular extern şi ramura oftalmică a trigemenului. Clinic, se manifestă prin oftalmoplegie totală, la care se asociază anestezia ochiului. Este determinat, obişnuit, de procese tumorale, inflamatorii (osteita specifică), anevrisme ale carotidei interne ş.a.

SINDROMUL FANTEI SFENOIDALE, *examen radiologic*. Poate fi provocat de orice proces patologic cu dezvoltare la nivelul, sau în vecinătatea fantei sfenoidale, de origină orbitară sau sinuzală. Din punct de vedere radiologic, modificările osoase distructive vor fi căutate pe radiografii care pun în evidenţă fanta sfenoidală (incidenţa P.A. frunte-nas-bărbie placă, cu degajarea orbitei de sinusurile maxilare) şi poziţia de profil, centrat pe regiunea orbitei. Examenele radiologice cu mijloace de contrast (flebografia orbitară, arteriografia carotidiană cu prinderea opacifierii arterei oftalmice) completează examenul şi pot evidenţia un proces de natură vasculară. Tomografia regiunii orbitale în plan frontal şi sagital, este de mare folos.

SINDROMUL FIZIOPATIC BABINSKI-FROMMENT. Sindrom caracterizat prin paralizii incomplete şi contracturi musculare, determinat de un traumatism minim. Progresiv se adaugă alte tulburări nervoase reflexe : dureri, edeme, semne neurovegetative cu osteoporoză, alterări ale sudaţiei, temperatură locală etc. Sindromul este generat printr-un proces de sumaţie a influxurilor proprioceptive şi aferenţelor dureroase cu punct de plecare de la regiunea traumatizată.

SINDROMUL FLOCULONODULAR. Descris de Ostretag în 1936, este comparabil celui obţinut experimental de Dow la animal. Este determinat obişnuit de tumori maligne, în speţă meduloblastomul, care dezvoltîndu-se în planşeul celui de al IV-lea ventricol, distruge partea mediană şi profundă a cerebelului, care conţine structurile cele mai vechi.

Scanned with OKEN Scanner

Copiii sînt cei afectaţi şi prezintă tulburări grave ale staticei şi echilibrului. Mai întotdeauna leziunea este centrată pe nodulus.

SINDROMUL FOSTER-KENNEDY Formă clinică particulară determinată de evoluţia unui meningiom cu localizare frontală bazală, dezvoltat pe seama şanţului olfactiv. La simptomatologia caracteristică a unei hipertensiuni intracraniene mai mult sau mai puţin conturate, se înscrie ca manifestare patognomonică atrofia optică primitivă cu scotom central de partea leziunii şi stază papilară de partea opusă. Compresiunea nervului optic de partea leziunii prin evoluţia posterioară a meningiomului explică apariţia atrofiei optice pe cînd staza papilară controlaterală este consecinţa hipertensiunii intracraniene.

SINDROMUL FOSTER-KENNEDY, *examen radiologic*. Provocat, de obicei, de meningioamele dezvoltate în şanţul olfactiv, cu evoluţie lentă. Examenul radiologic va pune accentul pe cercetarea acestei regiuni, începînd cu incidenţa pentru orbită şi prin tomografii ale etajului anterior, faţă şi profil. Arteriografia cerebrală şi pneumoencefalografia fracţionată şi dirijată sînt de mare folos.

SINDROMUL FRANKL-HOWARD. Formă rară de polinevrită localizată la nervii cranieni, caracterizată prin afectarea trigemenului, facialului şi acusticovestibularului. Se însoţeşte de modificări ale lichidului cefalorahidian, cu albuminorahie crescută şi uşoară reacţie citologică. Se caracterizează clinic prin paralizie facială periferică, diminuarea reflexului corneean, hipoacuzie corespondentă, ameţeli, uneori retropulsiune şi hipoexcitabilitate vestibulară. Evoluţie favorabilă în cîteva săptămîni.

SINDROMUL FROIN NONNE. Semnalat în pahimeningite spinale, în tumori vasculare meningeane, compresiuni medulare, rareori în poliradiculonevrite. Se caracterizează prin coagularea rapidă şi în masă a lichidului cefalorahidian imediat după extracţia sa din spaţiu subarahnoidian şi prin aspectul său puternic xantocronic. Presupune o stază rahidiană de timp mai îndelungat, cu leziuni cronice.

SINDROMUL GANGLIONULUI GENICULAT. Vezi Ramsey Hunt, nevralgia.

SINDROMUL GANGLIONULUI OTIC. Caracterizat prin algii şi senzaţii supărătoare de corp străin, cu localizare la baza limbii, pe amigdală şi cu iradiere spre trompa lui Eustache.

SINDROMUL GĂURII AUDITIVE INTERNE. Determinat, obişnuit, de factori compresivi, afectează nervii facial şi auditiv. Clinic, paralizie facială de proporţii reduse, acufene, urmate de surditate progresivă.

SINDROMUL GĂURII RUPTE ANTERIOARE. Sinonim sindromul posterior al lojei cavernoase al lui Jefferson. Este determinat, obişnuit, de prezenţa unui anevrism al carotidei interne la nivelul intrării sale în craniu prin canalul carotidian. Raporturile intime ale carotidei cu ganglionul lui Gasser şi ramurile senzitivomotorii ale trigemenului în regiunea aceasta, face ca semnul esenţial al acestui sindrom să fie o paralizie totală senzitivomotorie a trigemenului. În contexul clinic şi ca simptom precoce apare paralizia perechii a VI-a.

SINDROMUL GĂURII RUPTE POSTERIOARE. Vezi Vernet, sindromul.

SINDROMUL HEMODINAMIC ACUT. Descris de L. van Bogaert în 1947. Semnalat în encefalopatii toxiinfecţioase şi caracterizat prin modificări remarcabile ale permeabilităţii pereţilor vasculari cu exudat hiperalbuminos şi adesea cu diapedeză eritrocitară. Aspectul histopatologic este cel al necrozei ede-

Scanned with OKEN Scanner

matoase difuze. Purpura cerebrală este una din manifestările acestui sindrom.

SINDROMUL HEPATOCEREBRAL. Sub această denumire Konovalov (1960) reuneşte bolile progresive cronice ale creierului care evoluează secundar unei ciroze hepatice, hepatocolicistite sau neoplasm hepatic, caracterizate printr-o simptomatologie foarte asemănătoare degenerescenţii hepatolenticulare, dar care nu includ tulburări ale metabolismului cupric.

SINDROMUL HIPERKINETIC HIPOTONIC. Reprezintă asocierea hipotoniei la mişcările involuntare de tip coreic. Este determinat, obişnuit, de leziuni ale neostriatului, în special ale putamenului, deşi orice leziune pe circuitul extrapiramidal îl poate produce. Intră în tabloul clinic al coreei Sydenham şi Huntington.

SINDROMUL HIPERNATREMIC. Sindrom biochimic caracterizat prin retenţie sodică plasmatică cu hiperhidratare extracelulară, la care se asociază hipercloremia, creşterea rezervei alcaline, scăderea potasiului globular, hipertonie osmotică a plasmei şi retenţie azotată. A fost semnalat ca determinat de tumori cerebrale diencefalohipofizare, de ventricul III sau frontale, ca şi de traumatisme craniocerebrale (hipernatremia neurogenă).

SINDROMUL HIPERTONOHIPOKINETIC. Sindrom extrapiramidal determinat de leziuni predominante ale globului palid şi ale locului negru. Expresia clinică este o hipertonie extrapiramidală cu puţine semne hiperkinetice, ca tremurăturile. Face parte din tabloul clinic al maladiei lui Parkinson şi al maladiei lui Wilson.

SINDROMUL INFERIOR AL NUCLEULUI ROŞU. Este determinat, obişnuit, de ramolismentul calotei pedonculare cu localizare la nivelul nucleului roşu. Se caracterizează prin paralizia perechii a III-a de aceeaşi parte a leziunii şi sindrom cerebelos (ataxie-asinergie) de partea opusă.

SINDROMUL INTEROLIVAR. Descris de Déjérine. De origine vasculară, generat de obliterarea arterelor paramediane cu destinaţia pentru partea anterioară a bulbului. Clinic, se manifestă prin hemiplegie şi hemianestezie profundă controlaterală prin afectarea fasciculului piramidal şi a lemniscului median, la care se asociază paralizia homolaterală a hipoglosului.

SINDROMUL KORNZWEIG-BASSEN. Tezaurismoză rară, familială, cu transmisie autosomal recesivă, determinată de o tulburare complexă a metabolismului lipidic (tulburare de absorbţie de grăsimi şi acizi graşi, scăderea beta-lipoproteinelor serice, reducerea concentrării lipidelor şi fosfolipidelor serice). Clinic se caracterizează prin asocierea unei retinite pigmentare şi a unei anomalii eritrocitare la o simptomatologie nervoasă complexă şi musculară, cu ataxie, tulburări de sensibilitate superficială şi profundă, areflexie, pareze oculare, slăbiciune musculară şi cifoscolioză.

SINDROMUL LACRIMILOR DE CROCODIL. Debut la cîteva luni după o paralizie facială periferică de origine traumatică. Constă în lăcrimarea abundentă homolaterală survenind în timpul alimentării. Fenomenul este interpretat ca o eroare de axare a fibrelor nervoase în procesul de regenerare a nervului traumatizat.

SINDROMUL LATERAL AL BULBULUI. Vezi sindromul lui Wallemberg.

SINDROM LATERAL CEREBELOS. Lobul lateral cerebelos, în conexiune cu toate regiunile creierului, în special cu regiunea senzoriomotorie, integrează dispozitivele regulatoare ale mişcării la care cortexul cerebral participă. Intervine, deci, în mişcările voluntare şi mai ales în activităţile motorii foarte elaborate. Clinic, este reprezentat prin lateropulsiune de partea leziunii, hipotonie de repaus şi de postură, şi tulburări în mişcările mem-

Scanned with OKEN Scanner

brelor din partea leziunii. Tulburările sînt cu atît mai evidente cu cît leziunea angajază o cît mai mare parte din lobul lateral. Etiologia proceselor înlocuitoare de spaţii, ca şi a celor vasculare, este cea mai întîlnită.

SINDROMUL LENTICULOOPTIC. Descris de Sager în ramolismentele nucleului lateral-posterior talamic. Se caracterizează prin prezenţa durerii talamice, fără însă a fi însoţite de tulburări obiective ale sensibilităţii.

SINDROMUL LINIEI MEDIANE A LUI BOGAERT şi MARTIN. Determinat de topografia pe linia mediană a tumorilor de fosă posterioară. Debut cu cefalee penibilă occipitală sau occipitofrontală, mai intensă la deşteptarea din somn, însoţită de vărsături fără legătură digestivă şi de menţinerea capului într-o atitudine ceremonială, uşor înclinat. Modificările papilare sînt precoce şi merg spre stază papilară. Consecutiv tulburări cerebeloase vermiene şi labirintice : nistagmus spontan sau de poziţie, mers ebrios adesea cu retropulsiune, hipotonie cu reflexe pedulare. Suferinţa planşeului ventriculului IV se manifestă prin tulburări vegetative : aritmie cardiorespiratorie, algii viscerale, tulburări genitourinare etc. Nervii cranieni, în special III, VIII, IX, şi XII, pot fi afectaţi prin acţiune compresivă directă sau prin hipertensiune intracraniană.

SINDROMUL LUI BONNIER. Vezi sindromul nucleului lui Deiters.

SINDROMUL LUI CHARLIN. Face parte din grupul algiilor meningeene. Realizat de afecţiuni ale ganglionului ciliar sau ale nervului nazal intern şi este caracterizat prin dureri oculonazale, congestia conjunctivelor, hidroma, lăcrimare, edemul pleoapelor şi chiar ulceraţia corneei.

SINDROMUL LUI CONN. Vezi Conn, sindromul.

SINDROMUL LUI GELINEAU. Vezi Gelineau.

SINDROMUL LUI GELLÉ. Vezi Gellé.

SINDROMUL LUI MONBRUN-BENISTY. Face parte din grupul algiilor meningeene. Survine la cîteva luni după un traumatism cu rănire oculoorbitară şi se caracterizează prin dureri retrooculare cu iradieri spre occipit, vasodilataţie facială şi hiperestezie cutantă.

SINDROMUL LUI MUNCHMEYER. Vezi miozita osifiantă progresivă.

SINDROMUL LUI SLUDER. Algie meningeană de origine sinusală (sinuzită sfenoidală) caracterizată prin dureri aproape permanente în regiunea maxilarului superior, cu iradiere în dinţi, nas, ochi şi în gît.

SINDROMUL LUI TIETZE. Vezi Tietze.

SINDROMUL MIOPATIC. Atrofii musculare bilaterale şi simetrice, cu debut proximal, lent şi progresiv, însoţite de deficit motor fără manifestări piramidale, senzitive sau sfincteriene.

SINDROMUL MIOSPASTIC. Vezi Stiff Man, sindromul.

SINDROMUL NEOCEREBELOS. Determinat de leziuni destrutive ale emisferelor cerebeloase prin tumori, abcese, traumatisme, accidente vasculare etc. Intensitatea semnelor clinice este paralelă proporţiilor şi întinderii leziunilor în cauză şi este mai accentuată, în cazul interesării nucleilor dinţaţi. Clinic, hipotonie homolaterală, tremurături şi toate semnele clasice ale ataxiei segmentare.

SINDROMUL NEURASTENIFORM VASCULAR. Expresie incipientă a insuficienţei circulatorii cronice cerebrale atero sau arteriosclerotice. Apare după 45 ani cu debut insidios prin semnele cunoscute ale nevrozei, cefalee, insomnie şi oboseală fizico-intelectuală, la care se adaugă labi-

Scanned with OKEN Scanner

litatea afectiv emoţională, nevrozitate, apatie, depresiune şi cenestopatii diverse. Prezenţa unor mici semne obiective de suferinţă piramidală, a modificărilor de fund de ochi ca şi a reacţiilor biologice, ca hipercolsterolemie, hiperlipidemie şi hiperbetalipoprteinemie este adesea semnalată, şi folosită în diagnosticul diferenţial cu nevroza astenică.

SINDROAME NEUROANEMICE. Denumite astfel de Mathieu în 1925, se caracterizează prin coexistenţa a trei categorii de tulburări: medulare (sindrom de scleroză combinată), sanguine (anemii, în special de tip Biermer) şi digestive, toate determinate de carenţa unui principiu special denumit factor antianemic. Vezi Lichtheim, sindromul şi Rissen-Russel, sindrom.

SINDROMUL NEUROLIMFOGRANULOMATOS. Se dezvoltă în cursul unei limfogranulomatoze şi este determinat de masele limfogranulomatoase generate de vertebre sau ţesutul epidural cu acţiune compresivă asupra măduvei spinării. Obliterarea vasculară medulară poate determina un proces de mielomalacie. Prin acelaşi mecanism se pot exercita şi compresiuni pe nervii cranieni.

SINDROMUL NUCLEILOR VESTIBULARI. Sindrom parţial posterior al bulbului, rar evidenţiat în stare pură, consistînd din simptomatologia sindromului lui Menière, cu atacuri paraxistice de vertij cu pierderea echilibrului şi cu simţul audiţiei păstrat. O leziune a urechii interne ne poate exprima aceleaşi semne dar cu defect de audiţie.

SINDROMUL NUCLEULUI LUI DEITERS. Descris de Bennier în 1902. Se caracterizează prin vertij însoţit de disoluţia parţială sau totală a aparatului de susţinere, de tulburări vasomotorii reflexe, greaţă, anxietate, burdonări în urechi şi uneori dureri trigeminale. Este determinat, după autor, fie de o iritaţie plecată de la ureche internă, fie de mici ramolismente ale calotei bulbare sau protuberanţiale.

SINDROMUL OCCIPITAL. Determinat de leziuni vasculare, în special ale ramurilor posterioare ale cerebralei posterioare (occipitala posterioară şi calcarină) ca şi ale ramurilor posterioare ale arterei silviane, de leziuni traumatice, de procese proliferative, de procese necrotice etc. Simptomatologic pe primul plan sînt tulburările vizuale. Atingerea centrilor corticali ai vederii se exprimă prin hemianopsie laterală homonimă, prin hemianopsie dublă cu conservarea cîmpului macular (conservarea vizuală a unui mic teritoriu central) sau cecitate corticală în raport cu întinderea leziunii. Uneori fenomene halucinatorii de tip elementar pot apare în cîmpul hemianoptic. Afectarea unor funcţiuni mai evoluate ale lobilor occipitali generează turbări ce trebuie identificate cu grije, ca agnozia vizuală (incapacitatea de identificare a obiectelor văzute) cu formele mai subtile de agnozie spaţială, cu dezorganizarea interpretării mintale a spaţiului.

SINDROMUL OPTICOPIRAMIDAL. Vezi sindromul lui Radovici şi Lascu.

SINDNOMUL OPTOCHIASMATIC, *examen radiologic*. Indiferent de origine (adenom hipofizar, craniofaringiom, gliom al chiasmei, meningiom, anevrism, arahnoidită optochiasmatică), Sindromul optochiasmatic este consecinţa compresiunii chiasmei nervilor optici de către formaţiunile anatomice învecinate. Aceste formaţiuni avînd rapoarte directe sau indirecte cu şaua turcească, pot modifica forma şi aspectul general al şeii. Examenul radiologic al şeii turceşti se impune obligator în diagnosticul etologic al sindromului optochiasmatic. El se face prin toate poziţile speciale pentru şaua turcească şi, după caz, se completează prin examene cu mijloace de contrast, pneumoencefalografie gazoasă

Scanned with OKEN Scanner

fracţionată şi dirijată către cisternele bazale, care poate aduce elemente interesante de sediu, formă şi volum ale procesului de compresiune. Arteriografia carotidiană poate confirma datele, sau să descopere un anevrism.

SINDROMUL PALEOCEREBELOS. Descris de Pierre Marie, Foix şi Allajouanine, consecutiv unei degenerescenţe atrofice a lobului anterior şi a părţii posterioare a vermisului. Se caracterizează prin instabilitate a staţiunii şi a mersului, oscilaţii ale trunchiului, tendinţă de cădere înapoi, şi prin lipsa de tremurături şi de ataxie segmentară.

SINDROMUL PARALITIC UNILATERAL GLOBAL. Sinonim sindromul GARCIN. Descris de Garcin în 1927 în tumorile de bază ale craniului, în special în neoformaţiile conjunctive ale nazofaringelui cu invadare endocraniană. Constă în prinderea progresivă şi unilaterală a nervilor cranieni. Fără hipertensiune intracraniană şi fără complimentări senzitivomotorii ale trunchiului cerebral. Radiografia craniului în poziţia Hirtz poate semnala modificări patognomonice ale bazei craniului.

SINDROMUL PARATRIGEMINAL AL SIMPATICULUI OCULAR. Descris de L. van Bogaert. Constă într-o manifestare algică mixtă, nevralgică simpatalagică cu sediul în regiunea oftalmică. Caşeta vegetativă este prezentă şi prin enoftalmia şi miozisul de însoţire.

SINDROMUL PARATRIGEMINAL RAEDER. Afecţiune acută, recidivantă, afectînd adultul fără istoric migrenos, datorită probabil unui proces inflamator al carotidei interne la nivelul sinusului cavernos unde prinde în procesul iritativ formaţiile nervoase învecinate. Clinic, dureri orbitare şi periorbitare subite, puternice şi persistente, apoi fenomenele algice se estopează lăsînd sechelar hipoestezie pe teritoriul oftalmicului şi un sindrom: Claude Bernard-Horner.

SINDROMUL PARIETAL PROFUND. Descris de Foix corespunzînd unei leziuni de emifer stîng. Se caracterizează prin hemiplegie dreaptă, afazie moderată însă totală, apraxie ideomotorie bilaterală şi tulburări de sensibilitate cu predominenţa celei profunde. Geneza proliferativă şi vasculară pare a fi cea mai frecventă.

SINDROMUL PARIETAL SUPERIOR. Descris de A. Thomas. Se caracterizează printr-o hemipareză foarte limitată cu hiperreflectivitate osteotendinoasă la care se adaugă o hemianestezie predominînd asupra sensibilităţii tactile şi profunde, cu disimetrie, brandikinezie, apraxie ideatorie şi cecitate verbală.

SINDROMUL PERETEULUI EXTERN AL SINUSULUI CAVERNOS. Descris de Foix, în 1922, face parte din grupa paraliziilor asociate de nervi cranieni. Afectează iniţial motorul ocular extern şi ramura oftalmică a trigemenului, la care se asociază motorul ocular comun şi pateticul. Clinic, strabism extern cu dureri oftalmice, apoi oftalmoplegie. Generat de factori locali inflamatorii, proliferativi, anevrisme etc.

SINDROMUL PETROSFENOIDAL. Vezi Jacod, sindromul.

SINDROMUL PICIOARELOR NELINIŞTITE. Descris în condiţii etiologice diverse, traumatisme cerebrale şi medulare, encefalite, afecţiuni ale nervilor periferici, hernie de disc lombară cu compresiune radiculară şi, mai recent, în incidenţă eredofamilială. Constă în senzaţii dizestezice ale gambelor, în special nocturne, care determină necesitatea aproape permanentă de schimbare a poziţiei. Patogenia incertă a pus în discuţie prezenţa unor fenomene claudicative medulare, sau, poate, o tulburare biochimică funcţională a sistemului reticulat.

SINDROMUL PICIOARELOR PIRESTEZICE. Semnalat în carenţele de vita-

Scanned with OKEN Scanner

mine din grupul B. Se caracterizează printr-o simptomatologie pur subiectivă, manifestă prin senzaţii parestezice, desagreabile în membrele inferioare, uneori dureri cu caracter nocturn, ce dispar prin mişcări, sau algii puternice ca în tabes, fără alte manifestări obiective.

SINDROMUL PICIORULUI PEDONCULULUI. Vezi sindromul Weber.

SINDROMUL PICKWICK. Identificat în 1936 de Kerr şi Lagen. Numele de Pickwick se datorează lui Burwell care a fost impresionat de asemănarea acestor bolnavi cu un personaj descris de Dickens în opera sa „Papers of the Pickwick Club". Sindromul afectează în special bărbaţii maturi şi se caracterizează prin obezitate, episoade de adormire spontan diurnă, însoţite de pauză respiratorie veritabilă şi de scurtă durată, de caracter central, policitemie şi cianoză, tresăriri, tremurături şi mişcări involuntare. Tulburarea primitivă a reglării veghe-somn pare a depinde de obezitate.

SINDROMUL PIRAMIDAL DEFICITAR. Descris de Barré ca existînd, uneori în stare pură, fără fenomene paretice evidente de însoţire, lucru care impune, pentru a fi evidenţiat, folosirea unor manevre speciale. Printre acestea, manevra gambei descrisă de Barré, este cea mai concludentă. Bolnavului, în poziţie ventrală i se recomandă să menţină timp cît mai îndelungat gambele flexate în unghi drept pe coapse. Pe partea afectată gamba va începe să scoboare lent sau în mişcări sacadate. Dacă se recomandă bolnavului în poziţia iniţială flectarea forte a gambelor de coapse, de partea afectată mişcarea va fi mai puţin amplă. În fine, se recomandă bolnavului în poziţia iniţială să se opună cu forţa unei manevre de flexiune a gambelor, de partea afectată gamba va ceda mai uşor.

SINDROMUL PIRAMIDOSTRIAT. Întîlnit cu deosebire în arterioscleroza sistemului nervos. Constă în concomitenţa semnelor de degenerescenţă piramidală, cu spasmodicitate, exagerarea reflexelor de apărare, şi a celor tendioase, prezenţă certă a semnului lui Babinski, alături de semnele afectării corpului striat cu mimică săracă, acinezie spontană şi hipertonie extrapiramidală. Bolnavul, înţepenit, cu rigiditate extremă, cu tulburări de vorbire de tip parkinsonian, poate beneficia de o supravieţuire lungă, cu intricarea semnelor de prăbuşire intelectuală progresivă.

SINDROMUL PLICEI CURBE. Descris de Pierre Marie şi Foix. Constă în alexie predominentă, acalculie marcată, agrafie moderată, tulburări ale înţelegerii vorbirii şi ale denumirii obiectelor.

SINDROMUL POSTCOMOŢIONAL TARDIV. Grupă de manifestări cu aspect eminamente subiectiv, persistente şi îndelungate, ce prelungesc exasperant suferinţa unui traumatism cranian, constînd în cefalee, oboseală intelectuală, astenie, iritabilitate nervoasă, ameţeli, tulburări vazomotorii, uneori şi cu semne de slăbiciune a potenţei sexuale. Au fost descrise uneori modificări ale traseului (e.e.g.), discretă hidrocefalee internă, fenomene cari ar pleda pentru organicitatea sindromului.

SINDROMUL POSTERIOR AL LOJEI CAVERNOASE. Vezi sindromul găurii rupte anterioare.

SINDROMUL PREFRONTAL. Descris de Delmas-Marsalet, este determinat de leziuni tumorale, vasculare sau traumatice, cu localizare la nivelul ariei a 8-a în vecinătatea ariei a 6-a. Se caracterizează prin prezenţa frecventă a unei ataxii frontale Burns, înclinarea corpului de partea lezată, cu retrolateropulsiune şi tendinţă la deviere spre partea lezată la proba mersului orb.

SINDROMUL PSEUDOBULBAR. Formă particulară a lacunarismului cerebral determinat de leziuni bilaterale su-

Scanned with OKEN Scanner

pranucleare ale căilor corticomotorii în speţă fibre geniculate şi prepiramidale, la care se adaugă un contingent difuz de microleziuni similare ale căilor lungi motorii. Etiologia exclusiv vasculară, arterioscleroza, ateroscleroza, diabet, lues, etc, Semnele clinice : facies aton, inexpresiv, uneori cu pierderea salivei prin gura întredeschisă, voce stinsă, nazonantă, cu alterări ale pronunţiei, tulburări de deglutiţie prin pareza muşchilor feţei, ai trigemenului şi faringolaringopalatini. Caracteristic este plînsul şi rîsul spasmodic prin liberarea motilităţii automatice emoţionale de sub controlul scoarţei. Simptomele piramidalee sînt similare celor din lacunarismul cerebral la care se adaugă mersul cu paşi mici şi uneori tulburări ale ortostaţiunii. Discret deficit intelectual.

SINDROMUL RASPÎNTIEI HIPOTALAMICE. Izolat de Guillain, Allajouanire şi Mathieu (1924). Este determinat obişnuit printr-un ramolisment în teritoriul de irigare al arterei cerebrale posterioare, în special prin obliterarea arterei regiunii suboptice, ramură a cerebralei posterioare. Leziunea angajează partea posterioară a capsulei interne, centrul median al lui Luys, radiaţiile părţii superioare a nucleului roşu, cîmpul lui Wernicke şi corpul lui Luys. Debutul se produce ictal prin hemiplegie moderată, regresivă, fără contracturi şi fără semnul lui Babinski. Apar mişcări involuntare de tip coreoatetozice, tulburări senzitive obiective afectînd în special sensibilitatea profundă, cu manifestări astereognozice şi mioartrokinetice, fără dureri spontane şi hiperpatie talamică. Tabloul clinic mai cuprinde tulburări cerebeloase cu hemiasinergie, adiadococinezie, tremurături intenţionale şi hemianopsie homonimă. Sindromul are în general caracter regresiv, mai puţin tulburările cerebeloase, care sînt cele mai persistente.

SINDROMUL RASPÎNTIEI PARIETOTEMPOROOCCIPITALE DE EMISFER MINOR. Determinat de o leziune obişnuit vasculară a emisferului minor ce cuprinde lobul parietal inferior, girusul supramarginalis şi girusul unghiular. Sinonim sindromul Anton Babinski. Constă clinic dintr-o hemipareză stîngă asociată cu o hemiasomatognozie de aceeaşi parte care poate fi mută, adică ignorată de bolnav, sau dureroasă.

SINDROMUL REGIUNII INFUNDIBULOTUBERIENE. Vezi sindromul ventriculului al III-lea.

SINDROMUL RETROOLIVOR. Vezi Wallemberg, sindromul.

SINDROMUL SCALENULUI ANTERIOR. Descris de Naffziger. Rezultă din compresiunea ramurilor inferioare ale plexului brahial şi a arterei subclaviculare prin tensiunea anormală a muşchiului scalen anterior. Caracterizat prin parestezii pînă la dureri penibile pe faţa internă a membrului superior (C_8—D_1) exagerate în decubit dorsal (paroxisme nocturne însoţite de tulburări circulatorii, paloare, cianoză a ultimelor degete şi diminuarea pulsului radial). Se remarcă tensiunea unuia din scaleni şi sensibilitatea crescută a muşchiului la presiune.

SINDROMUL SENZITIV ALTERN AL LUI RAYMOND. De etiologie obişnuit vasculară, se caracterizează prin îmbogăţirea unui sindrom altern protuberanţial de tip Millard Gubler cu anestezie a hemifeţei paralizate şi cu tulburări senzitive ale membrelor paralizate.

SINDROM SIMPATIC CERVICAL POSTERIOR. Vezi sindromul lui Barré-Lieou.

SINDROMUL SINUSULUI CAVERNOS. Descris de Bonnet, face parte din grupa paraliziilor asociate de nervi cranieni. Afectează nervul optic, motorul ocular comun, pateticul, motorul ocular extern, ramura oftalmică a trigemenului, uneori şi simpaticul. Clinic este o asociere de sindrome, ca cel al fantei sfenoidale, al

Scanned with OKEN Scanner

apexului de orbită şi sindromul lateral al sinusului cavernos (Foix). Se caracterizează prin oftalmoplegie totală şi exoftalmie, anestezie frontooculară şi tulburări ale simpaticului. Este determinat obişnuite procese expansive locale, anevrisme, tromboflebită a sinusului cavernos.

SINDROMUL SJOGREN-LARSSON. Sinonim eritrodermia ihtioziformă. Neuroihtioză rară cu transmitere ereditară de tip recesiv, care asociază la ihtioza congenitală întîrzierea mintală şi deficitul motor al membrelor inferioare sub formă de pareze sau paraplegii.

SINDROMUL ŞOLD-PICIOR. Este omologul crural al sindromului umărmînă, recunoscînd ca şi acesta, aceeaşi patogenie vegetativă, cu o incidenţă mult mai rară, aproape ignorat din această cauză. Căile vegetative, iritate de afecţiuni somatice obişnuit inflamatorii ale micului bazin sau de procese osteoarticulare vertebrale, generează sindromul dureros, cu caracterele bine cunoscute ale algiilor vegetative, însoţit de complemente vasculovegetative şi trofice.

SINDROMUL SPAŢIULUI SUBPAROTIDIAN POSTERIOR. Vezi Villaret sindromul.

SINDROMUL STILOIDIAN. Determinat de lungimea anormală a apofizei stiloide sau de inflamaţia muşchilor stilieni. Clinic disfagie dureroasă cu tulburări de gust şi otalgie, uneori cu accese de tuse ocazionate de căscat. Vindecare posibilă prin secţiunea apofizei stiloide.

SINDROMUL SUPERIOR AL NUCLEULUI ROŞU. Sinonim sindrom controlateral al nucleului roşu determinat de ramolisment al calotei pedonculare. Sindromul respectă integritatea perechei a III-a de partea leziunii, controlateral existînd mişcări involuntare ale feţei şi membrelor, fie sub formă de tremurături, fie sub formă de mişcări coreoatetozice, tulburări cerebeloase, discrete semne piramidale, tremurături şi, uneori, manifestări talamice. Prin extinderea leziunii la regiunea răspîntiei hipotalamice, se realizează un sindrom talamohipotalamorubric cu manifestări clinice combinate.

SINDROMUL TALAMIC. Descris de Déjerine şi Roussy, este realizat în special de procese vasculare, compresiunile tumorale ca şi circumstanţele traumatice fiind semnalate cu totul excepţional. Hemoragii cerebrale şi ramolismente în domeniul de irigare al arterei cerebrale posterioare sînt cel mai adesea în cauză. Sediul leziunii se află înaintea pulvinarului, în partea posterioară şi inferioară a talamusului. Manifestările clinice situate de partea opusă leziunii, se caracterizează prin tulburări ale sensibilităţii (dureri penibile, spontane, uneori intolerabile şi persistente, cu senzaţia de arsură sau zdrobire, rezistente la orice terapie, exacerbate de frig sau emoţii, cu localizare la membre, faţă, uneori limbă şi globul ocular), hemianestezie variabilă pentru toate sorturile de sensibilitate în special profundă, hemiplegie moderată şi trecătoare, însoţită uneori de contracturi, localizate cu predilecţie la membrul superior cu aspectul clasic de mînă talamică ale cărei degete sînt dispuse pe planuri diverse, mişcări involuntare ale segmentelor distale de tip coreoatetozic, hemiataxie uneori persistentă, tulburări vasomotorii şi trofice, cu cianoză, răcirea extremităţilor, atrofia tegumentelor, friabilitatea unghiilor şi tulburări oculare cu hemianopsie laterală homonimă. Afectarea formaţiilor nervoase vecine talamusului de către procesul vascular patologic explică floriditatea simptomatologică a sindromului.

SINDROMUL TALAMOGENICULAT. Sindrom talamic parcelar descris de Sager, determinat de leziuni vasculare localizate la nivelul pedicolului arterial talamogeniculat ce provine din artera cerebrală posterioară. Simptomatologia talamică redusă, caracterizată prin hemianopsie şi tulburări de sensibilitate predominente la membrul inferior.

Scanned with OKEN Scanner

SINDROMUL TALAMOHIPOTALAMORUBRIC. Este un sindrom mixt talamic şi hipotalamic, realizat obişnuit prin obliterarea arterelor care formează planul anterior al pediculului retromamilar (pedicul talamoperforat). Asociază clinic simptomatologia sindromului de răspîntie hipotalamică şi a sindromului superior de nucleu roşu, cu hemiplegie moderată, regresivă, mişcări coreoatetozice, tulburări de sensibilitate, în special profundă, cu aestereognozie şi pierderea simţului poziţiilor segmentare, tulburări cerebeloase cu hemiasinergie, tremurături cerebeloase, hipotonice, şi hemianopsie homonimă.

SINDROMUL TALAMOPERFORAT. Este sindromul talamic parcelar descris de Sager determinat de leziuni arteriale la nivelul pediculului talamoperforat ce provine din bifurcarea arterei bazilare, originea arterei cerebrale posterioare şi din arterele cerebeloase superioare. Simptomatologia talamică redusă, se caracterizează prin mici tulburări de sensibilitate localizate la membrul superior şi faţă, hemisindrom cerebelos şi mişcări coreoatetozice.

SINDROMUL TEMPORAL. Determinat de cauze vasculare, traumatice, tumorale etc., rar identificat în stare pură şi expresiv clinic în special în afecţiunile de emisfer major, emisferul drept fiind aproape mut clinic. Lobul temporar făcînd parte din teritoriul afaziei Wernicke tulburările de vorbire deţin primul plan al simptomatologiei, la care se adaugă ca parte integrantă apraxia ideomotorie. Atingerea căilor optice în profunzime se exprimă prin hemianopsia homonimă, laterală sau în cadran. Apariţia paroxistică a unei halucinaţii olfactive are valoare, mai ales cînd precede un atac epileptic, în localizarea leziunii la nivelul uncohipocampic, la fel ca şi senzaţia stranie de „deja vu", ambele fenomene integrîndu-se în criza epileptică uncinată. Tulburările auditive, elementare sau evoluate, de la hipoacuzie pînă la surditate verbală, sau halucinaţii auditive de valoarea celor de mai sus, ca şi tulburările vestibulare, uneori cu caracterul unei pseudoataxii (Knapp), sînt inconstante.

SINDROMUL TEMPORAL AL LUI WARTEMBERG. Face parte din tabloul clinic al epilepsiei temporale. Este reprezentat prin mişcări automate de a se şterge, de a apuca, de a-şi freca nasul sau de a-şi freca ochii cu pumnul. Aparaţia acestor mişcări, ce însoţesc o eclipsă a cunoştinţei, orientează spre un focar al lobului temporar.

SINDROMUL TEMPOROPLICEI CURBE. Este determinat obişnuit de un ramolisment în domeniul de irigare al arterei plice curbe, ramură posterioară a arterei silviene. Sindromul, prezent numai în leziunile de hemisfer major, se caracterizează clinic prin afazie Wernicke, apraxie ideatorie şi hemianospie homonimă.

SINDROMUL TERITORIULUI TALAMOPERFORAT. Descris de Foix şi Hillemand este determinat de obliterarea arterelor care formează planul anterior al pediculului vascular retromamilar. Sindromul include simptomatologia sindromului superior de nucleu roşu şi a sindromului răspîntiei hipotalamice.

SINDROMUL TIBIAL ANTERIOR. Survine în urma unor eforturi violente ale membrelor inferioare, probabil prin hemoragii musculare, interesînd nervul tibial anterior. Este expresiv prin paralizia muşchiului gambier anterior, a extensorului propriu al halucelui şi mai puţin a extensorului comun, muşchiul peronier rămînînd indemn.

SINDROMUL TRIUNGHIULUI BULBAR. Descris de Barré, priveşte manifestările clinice ale tumorilor ventriculului al IV-lea, localizate în triunghiul inferior al planşeului ventricular. Se caracterizează, esenţial, prin crize de hipotonie

Scanned with OKEN Scanner

cu dérobarea picioarelor, precedate uneori de sughiţ, frison etc., apoi oprirea bruscă a respiraţiei, cefalee atroce şi furnicături în mîini.

SINDROMUL TRIUNGHIULUI PONTIC. Descris de Bareé, este determinde tumorile de linie mediană ale fosei cerebrale posterioare care, prin sediul lor mai anterior, angajează formaţiile triunghiului pontic. Simptomatologia diferă de cea de linie mediană, prin apariţia precoce de vertije, fără semne cerebeloase sau vomismente.

SINDROMUL TUBERCULILOR CVADRIGEMENI. Determinat rar de afecţiuni care atacă aproape izolat aceste formaţii nervoase, ca tumorile gliomatoase, tuberculi, lipoame sau, şi mai rar, de leziuni vasculare hemoragice sau ramolismente. Apare, obişnuit, angajat în evoluţia unor leziuni de vecinătate, inflamatorii sau expansive (glanda pineală, regiunea infundibulară). Simptomatologia proprie constă în tulburări oculare, cu paralizii ale mişcărilor de asociaţie, uneori cu apariţia unui sindrom Parinaud, mai rar cu paralizii disociate ale perechii a III-a, cu tulburări pupilare aproape caracteristice, midriază paralitică, abolirea reflexului la lumină, sau semnul Argyll-Robertson. Paralel, se asociază semne legate de atingerea concomitentă a formaţiilor nervoase de vecinătate, ca tulburări ataxocerebeloase (pedonculii cerebeloşi superiori) mişcări coreoatetozice, tulburări de audiţie, parestezii (panglica lui Reil) etc.

SINDROM UMĂR-MÎNA. Vezi algodistrofiile reflexe.

SINDROMUL VENTRICULULUI AL III-lea. Reprezentat de complexul de tulburări legat de alterarea centrilor situaţi în pereţii etajului inferior al ventriculului al III-lea sau în hipotalamus. Este determinat de hipertensiunea lichidului cefalorachidian în acest sector, de leziuni inflamatorii sau procese expansive. Clinic apar tulburări de reglare termică, tulburări metabolice (diabet, insipid, glicozurile, obezitate), endocrine (sindrom adipozogenital), tulburări ale reglării hipnice (narcolepsie, hipersomnie), uneori epilepsie şi tulburări ale activităţii şi tonalităţii funcţiunilor psihice, cu alternări depresive şi agitaţie, perversiuni ale instinctelor şi tulburări caracteriale.

SINDROMUL VERMIAN. Determinat de răniri de război (gloante, schije) de tumori meduloblastomatoase sau de atrofii cerebeloase tardive, sindromul se caracterizează clinic prin instabilitate statică a musculaturii axiale a corpului şi prin tulburări de mers, cu conservarea coordinării mişcărilor la membrele superioare. În localizările anterioare ale vermisului predomină căderea înainte, capul înclinat înainte şi tulburări de coordinaţie în mişcările membrelor superioare. În localizările posterioare domină căderea înapoi, însoţită de asinergia mişcărilor trunchiului şi membrelor inferioare.

SINDROMUL VERTEBRO-VERTEBRAL. Fenomen de hemodeturnare, de furt sanguin cerebral în vederea asigurării irigaţiei altor teritorii extracerebrale compromise. Vezi sindromul de furt subclavicular.

SINDROMUL VESTIBULAR CENTRAL. Reprezintă poziţia leziunii pe căile vestibulare supranucleare. Subiectiv vertijul este puţin expresiv. Obiectiv semnele se diferenţiază de sindromul periferic prin formă şi caracter : forma nistagmusului adesea pur (girator, vertical sau multiplu), manevra braţelor întinse care se pot ridica în leziunile pedonculare, semnul lui Romberg nemodificat prin poziţia capului, se produce mai mult înainte sau înapoi. Sindromul apare incomplet prin absenţa unuia sau a două din elementele triadei vestibulare şi disarmonic, sensul orientării deviaţiilor nefiind acelaşi. Este prezent, în mod obişnuit, în scleroza în plăci.

Scanned with OKEN Scanner

SINDROMUL VESTIBULAR PERIFERIC. Se caracterizează subiectiv prin vertij paroxistic de mare amploare, cu participare cocleară paralelă (zgomot şi surditate de percepţii), iar obiectiv prin nistagmus orizontogiratoriu, deviaţia braţelor şi a corpului, ce se produc armonios în direcţia secusei lente a nistagmusului şi semnul lui Romberg cu oscilaţii în acelaşi sens. De obicei unilateral.

SINDROMUL VIZUOCONSTRUCTIV AL RĂSPÎNTIEI PARIETOTEMPOROOCCIPITALE A EMISFERULUI MINOR. De origine vasculară, tumorală sau traumatică. La tulburările gnozice, caracterizate prin hemiasomatognozie pentru partea stîngă paralizată, se adaugă hemianospia homonimă, care împiedică bolnavul să cuprindă cu vederea cîmpul stîng al spaţiului său.

SINERGIA. Reprezintă organizaţia nervoasă, adică structuraţia care dirijează jocul asociativ al mai multor muşchi în vederea îndeplinirii unui act. Trebue privită ca o unitate conceptuală care nu reprezintă o valoare specifică localizată într-o regiune determinată a nevraxului. Ea se înscrie în dispozitivele motorii integrate la nivele diferite.

SINESTESALGIA *semnul.* Descris de Souques în cauzalgie. Constă în provocarea durerii prin excitarea la distanţă a unui alt teritoriu cutanat.

SINGULTUS, *semnul.* Vezi sugiţul.

SINUSURILE ANTERIOARE ALE FEŢEI, *examen radiologic.* Examenul radiologic se execută în incidenţa Tcheboul (vedere semiaxială P.A.), desfăşurînd sinusurile anterioare ale feţei şi proiectînd stîncile temporale sub nivelul sinusurilor maxilare. Arhitectura anatomică sinuzală este bine evidenţiată. Incidenţa este folositoare în afecţiunile sinusurilor anterioare şi ale celulelor etmoidale. Poate fi executată şi în poziţie şezîndă, cu mare avantaj în afecţiunile purulente ale sinusurilor. Examenul radiologic se completează cu incidenţa axială Schüller-Hirtz şi cu radiografia de profil.

SIRINGOBULBIA, *boala.* Reprezintă localizarea primitivă a procesului siringomielic la nivelul bulbului sau expansiunea secundară bulbară a unei siringomielii cervicale înalte. Afectarea importantelor căi nervoase şi centrii locali se va însoţi de o simptomatologie bogată şi variată. Obişnuit se întîlnesc paralizii palatofaringolaringee, asemănătoare sindromului lui Avelis, hemiatrofia limbii, afectarea trigemenului cu dureri locale, anestezie corneeană cu abolirea reflexului respectiv, prevestitoare a unei keratite neuroparalitice, fenomene vertiginoase şi nistagmus. Interesarea facialului poate genera fenomene paralitice sau iritative (mioclonii).

SIRINGOMIELIA, *boala.* Cavitate intramedulară interesînd o parte sau totalitatea substanţei cenuşii cu localizare obişnuit cervicodorsală, pasibilă şi în alte sectoare, (s. cervicală înaltă, s. lombară, s. sacrată), generată frecvent de un proces dismorfic prin defect de închidere a ependinului primitiv, uneori în cadrul unei disrafii mai întinse. Mielita, hematomielia şi packimeningitele mai pot fi numărate printre procesele etiopatogenice ale acestei afecţiuni. Interesarea lezională a coarnelor anterioare şi posterioare, angajarea coarnelor laterale şi compresiunea asupra fasciculului piramidal lateral şi a altor căi medulare, prin punga siringomielică, justifică simptomatologia sistematizată într-un sindrom lezional (de nivel) şi un sindrom sublezional. Sindromul lezional cuprinde amiotrofii mielopatice la nivelul micilor muşchi ai mîinii (în cazul formei obişnuite cervicodorsale, prin lezarea coarnelor anterioare, tulburări de sensibilitate de tipul anesteziei termodureroase cu o netă topografie radiculară suspendată, prin distrugerea releurilor dolorotermice la nivelul cornului posterior, tulburări trofice ale pielii (mînă suculentă) ale articulaţiilor

Scanned with OKEN Scanner

şi oaselor (cifoscolioza) şi tulburări simpatice (sindrom Claude Bernard-Horner) prin lezarea centrilor simpatici cervicodorsali. Sindromul sublezional prin compresiune asupra fasciculului piramidal, se manifestă prin paraplegie progresiv spasmodică, cu sau fără tulburări sfincteriene sau de sensibilitate. Evoluţie foarte îndelungată şi progresivă, cu posibile ameliorări prin radioterapie la nivelul leziunii.

SIRINGOMIELIA ÎNALTĂ. Sediul leziunii la nivelul măduvei cervicale. Se manifestă prin amiotrofii ale gîtului şi centurii scapulare, uneori puţin vizibile, tulburări de sensibilitate obiectivă termodureroase disociate la nivelul teritoriilor C_3 C_4 şi dureri cervicobrachiale.

SISTEMUL GAMA. Sistem de inervaţie a fusului muscular, controlat de toate structurile care determină mişcarea şi în mod special de către formaţia reticulată şi cerebel, cu acţiuni facilitatoare, cu rezultanta corespunzătoare a tomusului muscular. Rigiditatea decelerată, însoţită de o facilitate a sistemului gama, este o hipertonie plastică şi reprezintă cea mai precisă mărturie a unei hipertonii gama.

SJOQUIST, *intervenţia.* Procedeu neurochirurgical aplicabil în nevralgia de trigemen, rezistentă la terapia medicamentoasă sau la alte procedee chirurgicale. Constă în secţiunea rădăcinii descendente a trigemenului la nivelul bulbului.

SKINHOJ, *sindromul.* Formă clinică a mielomalaciei determinată de o necroză progresivă a coarnelor anterioare ale măduvei spinării. Clinic se caracterizează prin amiotrofia mielopatică a membrelor inferioare cu abolirea reflexelor osteotendinoase, fără modificări ale sensibilităţii obiective.

SLOW-VIRUS, *bolile sistemului nervos central.* Bolile sistemului nervos generate de slow-virus sau slow-infection (termen propus de Sigurdson, în 1970) răspund următoarelor criterii a) incubaţie lungă de luni sau ani ; b) evoluţie lentă şi regulată a bolii, fără remesiuni de la apariţia primelor semne de boală şi pînă la exitus, fapt ce le deosebeşte de bolile cronice ; c) leziuni anatomopatologice primitive limitate la un singur organ (ţesut nervos) ; d) posibilitate de transmitere la un număr limitat de specii animale. Fiziopatologia acestor boli nu este încă bine cunoscută. În general anticorpii sînt absenţi. Sînt caracterizate printr-un aspect neuropatologic particular, reacţia inflamatorie fiind absentă, fără distrugerea acută a celulelor şi fără corpi de incluzie. Au fost descrise ca determinate de un slow-virus anumite encefalopatii spongiforme, ca Le Kuru, boala Kreutzfeld-jakob, precum şi alte cazuri de boli nervoase, ca leucoencefalopatia multiloculară progresivă, paralizia supranucleară progresivă, epilepsia cu mioclonii, scleroza laterală amiotrofică, siringomielia şi scleroza în plăci.

SLUDER, *nevralgia.* Sindrom sfenopalatin cu manifestări clinice apărînd obişnuit noaptea, brusc, cu guturai puternic, dureri, arsuri la rădăcina nasului şi pe voalul palatului. Este determinat de afecţiuni inflamatorii de vecinătate (sinusurile profunde ale feţei), propagate la ganglionul sfenopalatin.

SMITH *şi* STRANG, *boala.* Tip de encefalopatie determinată de o tulburare a metabolismului acidului fenilpiruvic, printr-un defect de catabolizare. Afecţiunea a fost descrisă de Smith şi Strang, în 1958, la un sugar cu semne pronunţate de afectare cerebrală, hipotonie musculară şi emisiuni de urini cu mirosul zahărului ars, bogate în acid fenilpiruvic şi acid alfa-hidroxibutiric.

ŞOCUL SPINAL. Reprezintă abolirea temporară a funcţiunilor medulare, imediat după un traumatism rahidian de o anumită intensitate. Se manifestă clinic prin anestezie de toate sorturile, abolire motorie şi incontinenţă sfincteriană, feno-

Scanned with OKEN Scanner

mene care pot fi totale sub nivelul traumatismului. Poate dura de la cîteva ore la 24 ore, după care, în şocul pur, semnele deficitare dispar treptat.

SOMATOPARAFRENIA, *semnul.* Reprezintă tulburarea somatognozică datorită leziunilor emisferului minor. Constă într-o elaborare psihică specifică, iluzorie, confabulatorie şi delirantă cu privire la hemicorpul afectat.

SOMNAMBULISMUL. Caracterizează activitatea psihomotorie ce survin în timpul somnului. La copii, manifesările motorii, reduse la gesturi cu oarecare sens în organizarea lor, sînt fără importanţă, în condiţia lipsei unui context comiţial concomitent. La adult poate constitui prima manifestare a epilepsiei. Se prezintă clinic sub forma unor atacuri de scurtă durată (cîteva minute la jumătate de oră), în timpul cărora subiectul părăseşte patul deambulînd în cameră, rar în afara locuinţei, cu mers normal şi ochi deschişi, uneori cu o activitate gestuală neadecvată sau bizară. Deşteptarea este bruscă, cu amnezie totală asupra activităţii critice. În afara genezei epileptice, isteria îşi pune caşeta pe un număr apreciabil de cazuri de somnambulism.

SOMNOLENŢA. Stare intermediară între somn şi veghe. Se caracterizează prin pierderea incompletă a cunoştinţei, cu perceperea şi înţelegerea zgomotelor mai puternice şi cu păstrarea unei anumite lucidităţi. Este semnalată în anumite afecţiuni ale encefalului (infecţii, tumori etc.), în intoxicaţii exogene (alimentare, medicamentoase etc.), sau endogene (uremia).

SOMNOLOQUIA, *semnul.* Reprezintă vorbirea în timpul somnului. Obişnuit de natură psihogenă, poate fi considerată ca un atribut al epilepsiei în context clinico-electrologic.

SOMNUL. Fenomen biologic şi ritmic determinat de suspendarea temporară a funcţiilor vigile. Starea de somn şi veghe este controlată de substanţa reticulată, ce se întinde de la bulb la diencefal.

SOMNUL, *activitate e.e.g.* De la relaxarea subiectului, cu ritm alfa mai lent, traseu mai puţin amplu cu mici secvenţe teta, la somnul superficial, cu unde de 14 c/s în fusuri, tot cu mică amplitudine, pînă la somnul profund cu activitate delta şi teta lent, amplă, omogenă pe toate traseele. Important este somnul paradoxal (somnul rapid, P.M.O.), care apare de 4—5 ori pe noapte, totdeauna după somnul lent, caracterizat printr-o activitate rapidă, puţin amplă, mişcări oculare şi atonie musculară.

SOUQUES, *semnul.* Sinonim fenomenul interosoşilor. Citat în hemiplegia în contractură şi se caracterizează prin întinderea şi depărtarea involuntară a degetelor mîinii afectate în momentul cînd bolnavul ridică braţul. Fenomenul este determinat de acţiunea interosoşilor dorsali.

SOUQUES, *sindromul.* Semnalat obişnuit în cadrul focarelor vasculare bulbare sau pontine, în care substanţa reticulată este angajată. Sindromul completează simptomatologia senzitivomotorie de focar, prin apreciabile manifestări vegetative, cu tulburări vasomotorii, tulburări ale secreţiei salivare, dereglări termice şi Horner central.

SPASM CARPOPEDAL, *semnul.* Descris de Eschreich şi este prezent în tetania manifestă. Afectează critic extremităţile membrelor. Mîinile iau aspectul obişnuit de mînă de mamoş, sau, mai rar, de pumn strîns, cleşte de crab. La membrele inferioare degetele apar flectate, bolta plantară exagerată, piciorul varus equin, coapsele şi gambele uşor fletate.

SPASMUL DE TORSIUNE, *sindromul.* Sinonim distonia de torsiune. Apare rar sub forma idiopatică, cel mai adesea secundar unor afecţiuni care adulterează nucleii cenuşii centrali ca encefalita epidemică, sau alte encefalite, encefalopatia

Scanned with OKEN Scanner

prin intoxicaţie cu CO, degenerescenţa hepatolenticulară, traumatismele obstreticale sau maladii endodegenerative. Leziunile principale sînt localizate în putamen şi nucleul central-median al talamusului. Clinic, cuprinde elemente de distonie şi de torsiune. Spasmul distonic se instalează în muşchii motilităţii voluntare şi în grupele sincinetice, imprimînd mişcării o dismetrie tonică prelungită ce alterează tonic şi direcţional actul voit. Se adaugă uneori mişcări de torsiune, de rînduire în axul corpului sau al membrelor cu expresii kinetice dintre cele mai neaşteptate.

SPASMOFILIA, *boala.* Forma cronică normocalcemică a tetaniei. Afecţiune constituţională, familială şi ereditară, caracterizată printr-o stare de iritabilitate neuropsihică permanentă, prin hiperexcitabilitate neuromusculară latentă, ce evoluiază pe fondul unei calcemii normale. Debutul se face la vîrste fragede prin fenomene manifeste critice, crize convulsive, contracturi ale extremităţilor caracteristice, spasm glotic sau spasme la nivelul musculaturii netede.

SPASMUL ARTERIAL CEREBRAL. Vezi angiospasmul cerebral.

SPASMUL GLOTIC, *semnul.* Întîlnit în tetanie, se caracterizează în formele uşoare, prin jenă inspiratorie, iar în formele grave prin veritabilă apnee, însoţită de o mimică îngrozită, cu gura deschisă, narinele dilatate, ochi exoftalmici, buze cianotice şi, uneori, pierderea cunoştinţei şi convulsii clonice. Rareori, prin prelungirea apneii peste 1—2 minute, moartea poate surveni prin asfixie.

SPASMUL MEDIAN MEIGE, *boala.* Vezi paraspasmul facial.

SPASMUL ORBICULARILOR DESCHIŞI, *semnul.* Descris de Paulian în bogata simptomatologie encefalitică şi postencefalitică. Constă în accese de ridicare spasmodică a pleoapelor, ce pot alterna cu spasmul tonic al pleoapelor şi cu fenomenul de plafonare a globilor oculari.

SPASMUL ORBICULARILOR ÎNCHIŞI, *semnul.* Sinonim blefarospasmul postencefalitic. Semnalat de Paulian în bogata patologie postencefalitică. Pe un fond de tremurături ale pleoapelor, spasmul apare cu ocazia deschiderii voluntare a pleoapelor.

SPASMUL SUSPINULUI. Descris de R. Debré sub cunoscuta denumire de „spasme en sanglot". Este o criză nevrotică a sugacilor ce survine în urma unei senzaţii dureroase sau a fricii, manifestîndu-se printr-un plîns cu suspine violente, şi cu oprirea respiraţiei în inspiraţie forţată, urmată de cianoză cu turgescenţa jugularelor. Secundar, pot surveni convulsii. Electroencefalografia nu arată semne de suferinţă cerebrală.

SPASMUL ERECTORUM TRUNCI, *semnul.* Reprezintă rigiditatea dureroasă a maselor musculare paravertebrale, considerată element esenţial de diagnostic diferenţial al unor boli infecţioase vertebromedulare, ca spondilita t.b.c., epidurita etc., la copii, cu tumorile medulare. Recent s-a semnalat prezenţa acestui semn şi în tumori medulare, în special în diagnosticul precoce. Extenzia şi în special flexiunea coloanei este evitată de micii pacienţi, care recurg la mişcări complimentare (flexiunea genunchilor etc.).

SPASTICITATE, *semnul.* Exprimă fenomenul de hipertonie musculară prezent în leziunile piramidale avansate.

SPECTRU DE FRECVENŢE. Grafic, arată toate frecvenţele undelor conţinute de o oscilogramă complexă. Este înscrisă automat de analizatorul de frecvenţă.

SPIELMAYER-VOGT, *boala.* Tezaurismoză fosfolipidică cu degenerescenţă cerebromaculară. Este o formă juvenilă a maladiei lui Tay-Sachs.

Scanned with OKEN Scanner

SPIKES *şi* WAVES, *e.e.g.* Aspect electroencefalografic propriu absenţelor şi micului rău epileptic. Constă în apariţia unei suite regulate de unde cu pantă rapidă, de mare amplitudine, de ordinul a 3 ciclii pe secundă, cel mai adesea generalizate şi simetrice, cu amplitudinea cea mai mare în regiunea frontală superioară.

SPILLER-FRAZIER, *intervenţia.* Intervenţie neurochirurgicală folosită în nevralgia de trigemen rezistentă la terapia medicamentoasă. Constă în secţionarea rădăcinii trigemenului retrogasseri.

SPINA BIFIDĂ, *malformaţia.* Proces disrafic congenital datorit unei opriri în dezvoltarea arcurilor vertebrale, localizat obişnuit la nivelul segmentelor sacro-lombare, rar cervicale, excepţional dorsale. Este reprezentat printr-o fisură a lamelor şi bifiditarea apofizelor spinoase. Uneori masa meningomedulară poate hernia la exterior prin fanta astfel creeată, sub forma unei tumori rotunde de mărime variabilă. Obişnuit, malformaţia rămîne necunoscută, fără nici o modificare regională vizibilă, diagnosticul radiologic fiind singurul revelator (spina bifida oculta). Marea majoritate a cazurilor din această categorie nu are expresie clinică. Îngroşarea inflamatorie a arahnoidei poate angaja suferinţa radiculară, cu tulburări de sensibilitate, mal perforant etc.

SPINA BIFIDĂ OCULTĂ, *malformaţia.* Proces disrafic congenital, interesează învelişurile nevraxului de origine mezenhimală. Constă într-o fisură vertebrală fără hernie a învelişurilor meningene, cu posibila prezenţă a unui mielocist. Semnalată cu o frecvenţă apreciabilă în enurezia nocturnă.

SPONDILOLISTEZIS. Defect în arhitectonia coloanei vertebrale, localizat obişnuit la segmentul inferior al acesteia, generat de malformaţii locale, cauze traumatice sau afecţiuni osoase. Constă în alunecarea treptată în sens anterior a unui corp vertebral, în special vertebra a V-a lombară, pe cel imediat inferior. În formele minore nu are echivalent clinic apreciabil. Uneori apar leziuni rediculare, prin îngustarea găurii intervertebrale. Suferinţa majoră este reprezentată prin algii lombosciatice.

SPRENGEL, *malformaţia.* Afecţiune rară caracterizată prin poziţia înaltă a scapulei, aderentă la apofiza spinoasă vertebrală. Adiacenţa se face prin procese fibroase, cartilaginoase sau osoase.

STAEHEU-FRIGERO LEVY, *semnul.* Întîlnit în sindroamele extrapiramidale ale encefalitei von Ekonomo. Constă în mişcări subite de plafonare a ochilor, însoţite de mişcări paralele ale capului înapoi.

STARLING, *semnul.* Semn de leziune piramidală evidenţiat la membrul superior. Constă în flexiunea degetelor determinată prin percuţia falangelor sau a capului metacarpienilor, mîna situîndu-se în stare de repaus pe planul patului.

STATUS DISMIELINISATUS, *boala.* Afecţiune degenerativă şi ereditară, reprezentată printr-o diminuare de volum a nucleilor caudat, palid şi a corpului subtalamic ca şi printr-o lipsă de dezvoltare mielinică în aceste domenii. Clinic, se caracterizează prin apariţia precoce de mişcări atetozice ale membrelor şi a unei rigidităţi progresive. Prognosticul este grav evoluţia nedepăşind decada a doua a vieţii.

STATUS DISRAFICUS. Primul proces morfogenetic de dezvoltare normală a nevraxului este închiderea plăcii nervoase. O precoce şi gravă perturbare în acest proces duce la arafii şi hiporafii, ca rachischisis, anencefalie, procese incompatibile cu viaţa. Disrafiile constituesc un proces mai tardiv şi mai puţin grav, survenind după închiderea primară a tubului neural şi neinteresînd decît fenome-

Scanned with OKEN Scanner

nele închiderii secundare, formarea comisurilor intermisferice etc. Aci se includ siringomieliile, hidromieliile, malformaţia Arnold-Chiari, hipoplaziile, fisuraţiile şi chisturile vermiene. La nivelul prosencefalului, atingerea comisurilor intermisferice şi a septului lucidum duce la malformaţii ca hidrocefalia malformativă, porencefaliile, anomalii corticale etc. Procesul disrafic, interesînd şi celelalte învelişuri ale nevraxului de origine mezenhimală, determină spina bifida, cranium bifidum. Disrafii asociate ale nevraxului şi ale scheletului axial sînt demonstrate atît embriologic cît şi experimental, iar clinica înregistrează cu suficientă frecvenţă malformaţiile mai sus amintite.

STATUS MARMORATUS, *boala.* Debut precoce legat probabil de alterări circulatorii, pre sau postnatale, care generează un aspect marmorat al putamenului şi caudatului, printr-un proces de densificare mielinică însoţind focare de degenerescenţă ale striatului. Se caracterizează, clinic, printr-o rigiditate discontinuă predominentă la membrele inefrioare, prin mişcări involuntare ale membrelor superioare cu aspect atetozic, prin rîs şi plîns spasmodic, prin relativă evoluţie regresivă sau în tot cazul neprogresivă, uneori prin înapoiere mintală şi epilepsie. Majoritatea suferinzilor nu depăşesc adolescenţa.

STAUROPLEGIA, *sindromul.* Reprezintă paralizia în cruce a membrelor scheletice, cu afectarea membrului superior deoparte şi cel inferior de cealaltă parte, realizat obişnuit prin leziuni ale fasciculului piramidal în partea inferioară a bulbului.

STAZA PAPILARĂ, *semnul.* De o importanţă capitală în diagnosticul hipertensiunii intracraniene. Este relevată prin examenul oftalmoscopic care pune în evidenţă următoarele modificări ale fundului de ochi : papila nervului optic apare de aspect congestiv, cu volumul crescut şi proeminent în corpul vitros, cu marginile şterse, puternic estompate, pierzîndu-se în retina învecinată, la rîndu-i edemaţiată. În formele mai floride hemarogii papiloretiniene completează imaginea fundului de ochi. Obişnuit, procesele proliferative înlocuitoare de spaţiu întracranian sînt în cauză (tumorile cerebrale) la care prin acelaş mecanism se adaugă abcese, anevrisme, chisturi, tuberculoame, hematoame, encefalite pseudotumorale, tromboflebite precum şi anumite afecţiuni cronice renale.

STAZA PAPILARĂ UNILATERALĂ, *semnul.* Considerată de către De Crinis ca patognomonică tumorilor de lob temporal, care, determinînd o hidrocefalie opusă sediului tumorii, aduce după sine şi o spază papilară unilaterală, de aceeaşi parte cu turgescenţa cerebrală.

STEATOPYGIE, *semnul.* Adipozitate localizată la partea inferioară a corpului semnalată în unele neuroectodermoze (sindromul lui Baragner-Simons Smith).

STEELE-RICHARDSON-OLSZEWSKI. Vezi distonia oculofaciocervicală.

STELLWAG, *semnul.* Rărirea clipitului în maladia Basedow.

STENVERS, *incidenţă radiologică.* Cunoscută şi sub numele de incidenţă occipitozigomatică, este indicată pentru cercetarea stîncii temporalului. Raza centrală pătrunde perpendicular pe axul stîncii, în acest scop, versantul posterior trebuie să fie paralel cu filmul. Sînt puse în evidenţă vîrful, marginea superioară, conductul auditiv intern şi amănunte ale feţei posterioare ale stîncii. Se foloseşte în sindromul unghiului pontocerebelos şi în orice afecţiune craniocerebrală cu semne la distanţă.

STEPAJ, *semnul.* Mers caracteristic cu aruncarea gambei înainte şi cu aplicarea consecutivă a întregii plante pe sol, întîlnit în paraliziile de sciatic popliteu extern în-

Scanned with OKEN Scanner

care extenzia degetelor piciorului ca şi flexiunea dorsală a plantei sînt abolite.

STEREOENCEFALOTOMIA, *neurochirurgie*. Cuprinde metodele curente de stereotaxie aplicate la creierul omenesc, care constau în determinarea de leziuni la nivelul talamusului cu ajutorul unui electrod dirijat. Hiperkineziile extrapiramidale beneficiază larg de aportul acestor metode.

STEREOGRAFIA, *radiologie*. Tehnică radiografică fără mijloace de contrast, care disociază diferitele planuri osoase şi dă o imagine de ansamblu şi în spaţiu a regiunii explorate. Fineţea detaliilor este superioară imaginilor obţinute prin tomografie. Este cea mai bună tehnică pentru diagnosticul fracturilor mici. Antrenamentul de a privi stereoscopic imaginile poate înlocui aparatura specială pentru lectura filmelor (stereonegatoscop).

STEWARD-HOLMES, *proba*. Citată în afecţiunile cerebeloase. Proba este particular de preţioasă în testarea asinergiei şi hipotoniei de partea cerebelului afectat. Constă în recomandarea unei flexiuni active a antebraţului pe braţ, la care examinatorul se opune. Dacă la un momentdat se încetează brusc această opoziţie, pumnul bolnavului de partea afectată va lovi umărul, lipsind tendinţa de frînă a mişcării de sub dependenţa cerebelului.

STIFF MAN SYNDROME. Sinonim sindrom miospastic. Descris în 1956 de Moersch şi Woltman, afectează în special bărbatul adult. Debut cu rigiditate localizată iniţial paravertebral, ceafă, regiunea lombară cu atingerea secundară a abdomenului şi rădăcinii membrelor. Mers lent, progresiv, cu fluctuaţii, împiedicînd mişcarea voluntară, cu căderi dintr-o bucată. Rigiditatea are aspect mai mult plastic. Originea musculară sau nervoasă nu a putut fi încă precizată.

STIMULARE LUMINOASĂ INTERMITENTĂ, S.L.I. *e.e.g.* Emisiuni de lumină albă sau colorată, cu durată şi intensitate reglabilă. În e.e.g. frecvenţele uzitate sînt de la 1—50 c/s. Vezi antrenare şi prag de fuziune.

STIMULARE SONORĂ INTERMITENTĂ, S.S.T., *e.e.g.* Sunet sau zgomot, de durată şi intensitate reglabilă, emis la intervale reglabile. În e.e.g. se utilizează ritmuri de stimulare de la 1—50 c/s. (Vezi antrenare).

STÎNCA TEMPORALULUI, *examen radiologic*. Stînca temporalului se explorează prin numeroase incidenţe, fiecare cu importanţa ei, completînd sau verificînd semnele date de celelalte. Incidenţa transorbitală, sau faţa dreaptă, imagine simetrică, proiectează stîncile prin orbite, cu vizibilitatea conductelor auditive interne, degajînd porul acustic. Incidenţa semiaxială frontosuboccipitală, simetrică. Incidenţa axială (Hirtz) realizată cu fasciculul de raze convenabil centrat pe stînci. Adeseori, foarte utilă pentru leziunile vîrfului stîncii, dînd şi o imagine bună a conductului auditiv intern. Incidenţa occipitozigomatică sau încrucişată, cu variantele Stenvers şi Chaussé IV, unilaterală. Are avantajele de a permite studiul vîrfului stîncii, contururile conductului auditiv intern. Incidenţa Chaussé II, rar folosită din cauza dificultăţilor de realizare, se foloseşte în studiul marginei posterioare şi feţei inferioare ale stîncii. Are indicaţii în tumorile glomice şi în neurinoamele ultimilor perechi.

STOOKEY, *semnul*. În mod normal, comprimarea cavei inferioare prin apăsarea puternică pe abdomen, determină creşterea presiunii lichidului cefalorahidian ce poate fi dimensionată prin adaptarea manometrului la acul de puncţie. În cazul unui baraj prin factori compresivi asupra măduvei, presiunea lichidului creşte puţin sau deloc.

STRABISMUL, *semnul*. Poziţia anormală a globilor oculari, generată de pa-

Scanned with OKEN Scanner

ralizia unuia sau mai multor muşchi oculari extrinseci de la unul sau ambii globi oculari. În cazul paraliziei unui singur muşchi de la un glob ocular, ochiul se prezintă deviat în direcţia opusă acţiunii muşchiului paralizat, prin activitatea muşchiului antagonist. Formele cele mai obişnuite sînt strabismul divergent, prin paralizia muşchiului adductor şi convergent prin paralizia adductorului.

STRIGĂTUL PIEMIEI, *semnul*. Vezi Laurens, semnul.

STRUMPELL, *semnul*. Prezent în paralizia nervului radial. Constă în incapacitatea bolnavului de a strînge pumnul fără flexiunea palmară a mîinii prin lipsa acţiunii concomitente a extensorilor mîinii inervaţi de nervul radial.

STRUMPELL-LEICHTENSTERN, *boala*. Sinonim encefalita hemoragică acută sau meningoencefalita hemoragică acută. Este o neuroviroză ce determină leziuni hemoragice şi inflamatorii la nivelul meningelor şi encefalului.

STRUMPELL-LORRAIN, *boala*. Vezi paraplegia spasmodică familială.

STRUMPELL-NAFFZIGER, *semnul*. Întîlnit în sciatica radiculară. Constă în determinarea durerii pe traiectul nervului dureros prin comprimarea digitală a venelor jugulare. Manevra, prin creşterea presiunii lichidului cefalorahidian în spaţiile subarahinoidiene şi, implicit, în fundurile de sac ale rădăcinilor rahidiene, explică apariţia sau exagerarea durerii în domeniul rădăcinii afectate.

STUPOAREA, *semnul*. Întîlnită obişnuit în psihoza melancoliformă, confuzia mintală şi schizofrenie, este semnalată şi în traumatism cranian, stări toxice sau în post comă. Bolnavul prezintă un aspect caracteristic de imobilitate din care nu poate fi scos prin niciun mijloc.

STURGE-WEBER, *boala*. Vezi angiomatoza encefalotrigeminală.

SUDECK, *sindromul*. Sinonim atrofia lui Sudeck. Ansamblul modificărilor trofice ale pielii şi a anexelor ei din cadrul paraliziilor de plex brachial sau a paraliziilor combinate ale nervilor lungi ai braţului. Imobilitatea îndelungată a mîinii este un factor important adjuvant.

SUGHIŢUL. Formă mioclonică complexă, determinată de contractura repetată şi neregulată a diafragmului, succedată de închiderea glotei şi contracţia apreciabilă a muşchilor intercostali şi abdominali. Inspiraţia forţată, astfel determinată, provoacă vibraţia corzilor vocale cu realizarea unui zgomot caracteristic. Semnalat în unele afecţiuni organice, toracale, abdominale sau pelvine, poate apare şi cu caracter epidemic (encefalita von Ekonomo sau în alte viroze).

SUNNING, *semnul*. Folosit pentru diagnosticul ocluziei arterei carotide. Constă în palparea carotidei la nivel faringian, retroamigdalian, după cocaonizarea faringelui.

SURDITATEA DE PERCEPŢIE. Determinată de leziuni ale cohleei şi ale căilor nervoase. Audiţia foarte diminuată pentru vocea înaltă, aproape întotdeauna abolită pentru vocea şoptită, cu următoarele caractere : 1) Schwbach diminuat ; 2) Rinné positiv, prin scăderea paralelă a conducţiei aeriene şi osoase ; 3) Weber lateralizat la urechea cea mai puţin surdă ; 4) cîmpul auditiv confirmă surditatea electivă pentru sunetele înalte.

SURDITATEA DE TRANSMISIE. Determinată de leziuni afectînd aparatul timpanooscicular. Audiţia puţin modificată pentru vorbirea puternică foarte diminuată însă pentru vorbirea şoptită, răspunzînd triadei schematizată de Bezold : 1) ridicarea limitei inferioare a cîmpului auditiv ; 2) mărirea conductibilităţii osoase (Rinné negativ) ; 3) Weber labralizat la urechea cea mai surdă.

Scanned with OKEN Scanner

SURDITATEA VERBALĂ PURĂ, *sindromul.* Realizat de leziuni situate adînc în substanţa albă a celei de a doua circumvoluţii temporale, se caracterizează prin incapacitatea bolnavului de a înţelege cuvintele vorbite, limbajul interior, scrisul şi cititul rămînînd neatinse. Un examen amănunţit evidenţiază şi alte elemente componente ale afaziei Wernicke.

SUSTRACŢIE, *metodă radiologică.* Metodă de laborator, imaginată de Ziedses des Plantes. Principiul tehnicii se bazează pe suprapunerea a două filme: unul în diapozitiv, obţinut înainte de introducerea substanţei opace şi altul, în negativ, al unei angiografii. Rezultatul este degajarea imaginii angiografice de imaginea substraturilor formate de imaginile osoase ale regiunii.

SYMMERS, *semnul.* Tetrada lui Symmers prezentă în maladia lui Moschowitz. Constă în purpura trombocitogenică, anemie hemolitică, semne neurologice şi evoluţie acută febrilă (vezi Moscowitz).

Scanned with OKEN Scanner

T

TABES COMBINAT, *boala*. Formă anatomoclinică a sclerozei combinate sifilitice cu predominenţă cordonală posterioară. Clinic, este vorba de un tabes obişnuit la care se asociază semne piramidale, paralitice sau spasmodice, realizînd aspecte ataxoparalitice sau ataxospasmodice.

TABES DORSAL, *boala*. Meningoradiculită specifică posterioară, cu degenerare secundară în cordoanele posterioare ale măduvii şi însoţită, eventual, de leziuni degenerative în trunchiul cerebral. Aceste leziuni generează un tablou clinic caracteristic : ataxie locomotorie progresivă, dureri fulgulante, respectiv crize gastrice tabetice, tulburări de sensibilitate obiectivă de tip radicular, în special mioartrokinetică şi vibratorie, şi dispariţia reflexelor osteotendinoase. La acestea se adaugă, frecvent, semnul lui Argyll-Robertson (mioză, absenţă totală a reflexului pupilar la lumină, cu conservarea acomodării la distanţă) şi atrofia optică. Evolutiv apar şi alte tulburări cu caracter trofic, ca amiotrofii, artropatia tabetică, fracturi spontane nedureroase şi ulcerul perforant plantar. Reacţiile biologice pentru sifilis iniţial pozitive, sînt cel mai adesea negative, diagnosticul fiind orientat de floriditatea tabloului clinic.

TABES JUVENIL, *boala*. Asociat frecvent cu paralizia generală juvenilă. Apare în a doua copilărie, în jurul vîrstei de 10—12 ani, cu aceleaşi fenomene clinice ca la adult, cu frecvenţă mai mare a strabismului şi cu constanţa semnului Argyll-Robertson. Boala poate progresa cu reacţii humorale nemodificate.

TACTOAGNOZIA BILATERALĂ, *semnul*. Tulburare bilaterală a sensibilităţii prin leziunea unilaterală, a emisferului major, cîmpul parietal al acestuia posedînd o acţiune tactognozică bilaterală. Obişnuit este semnalat în afecţiuni de etiologie vasculară, tumorală sau traumatică. Semnul contribuie la conturarea unui cadru patologic mai vast, cu hemiplegie dreaptă, afazie şi apraxie motorie.

TAKAYASU, *boala*. Vezi, boala fără puls.

TALALGIA, *sindromul*. Determinat de o exostoză a calcaneului, ce apare obişnuit

Scanned with OKEN Scanner

pe faţa inferioară sau mai rar pe cea posterioară a acestui os. Afecţiunea se manifestă prin dureri penibile cu caracter localizat şi cu iradieri posibile spre gambă.

TALIUM, *intoxicaţie.* Survenită în urma manipulării şi ingerării de ingrediente în a căror compoziţie intră sărurile de talium, foarte toxice, în special sulfatul şi acetatul de talium. Preparatele cu taliu sunt folosite în industrie în suduri metalice, sticlărie, prepararea raticidelor, a pomezilor depilatoare etc. Clinic, sînt prezente tulburări gastrointestinale cu vărsături şi dureri atroce epigastrice în formele acute, tulburări nervoase de tip central (cefalee, insomnie şi agitaţie), sau de tip periferic, cu apariţia unei polinevrite senzitivomotorii, predominantă la membrele inferioare şi a unei alopecii masive, caracteristice după a doua săptămînă de la ingerare. Apariţia urmelor de taliu în urină confirmă diagnosticul.

TALMA, *boala.* Este aşa zisa formă dobîndită a miotoniei Thomsen care survine tardiv, în afara oricărui element genetic, lucru care a dus la considerarea neadmisă încă a unei etiologii infecţioase sau traumatică a bolii.

TAPIA, *sindromul.* Face parte din grupa paraliziilor asociate de nervi cranieni. Afecţiunea interesează nervul spinal intern şi nervul hipoglos şi se caracterizează clinic printr-o paralizie homolaterală a laringelui şi a limbii. În formele unilaterale etiologia este aproape sigur traumatică, periferică (lovitură de corn de bou, de cuţit, plagă chirurgicală) sau tumorală. Angajarea simultană a lanţului simpatic cervical asociază şi un sindrom Claude Bernard-Horner, iar întinderea în sus a leziunii poate cumula şi o paralizie a sternocleidomastoidianului şi a trapezului prin afectarea concomitentă a spinalului extern.

TAY-SACHS, *boala.* Afecţune genetică dismetabolică sub forma unei tesaurizmoze fosfolipidice, determinînd o degenerescenţă cerebromaculară gravă şi progresivă. Forma infantilă (Tay-Sachs propriu-zis) apare precoce în primul sau al doilea an la fetiţe, preferenţial la evrei. Clinic se caracterizează prin hipotonie musculară, apoi paraplegie spastică, convulsii, idioţie, amauroză precoce şi pata retiniană roşie-cireaşă, patognomonică. Exitus în 2—3 ani.

TCHEBOUL. Incidenţă radiologică pentru sinusurile anterioare ale feţii.

TEFROMALACIA ANTERIOARĂ, *sindromul.* Formă particulară a mielomalaciei. Descris în 1912 de Pierre Marie şi Foix. Constă în atrofia izolată neprogresivă a micilor muşchi ai mîinii, atribuită unor leziuni vasculare la nivelul coarnelor anterioare ale măduvei cervicale.

TELEKY, *semnul.* Prezent în paraliziile radicale saturnine incipiente. Constă în incapacitatea bolnavului de a menţine hiperextensia mîinilor pe antebraţe.

TENSIUNEA ARTEREI CENTRALE A RETINEI (T.A.C.R.). Examen frecvent solicitat în neurologie. Se foloseşte în acest scop oftalmodinamometru Baillard cu ajutorul căruia, în practica curentă, se stabileşte tensiunea minimă a arterei centrale a retinei (în grame) care, normal reprezintă jumătatea cifrică a presiunii minime a arterei humerale, la care se adaugă un coeficient de 15 grame. În stenozele de carotidă internă, în sindromul subiectiv posttraumatic ca şi în nevroze, valorile T.A.C.R. sînt scăzute apreciabil comparativ cu cifra normală. În hipertensiune intracraniană în fazele evolutive incipiente, valorile T.A.C.R. sînt ridicate.

TERATOLOGIA. Disciplină a medicinii care se ocupă cu studiul anomaliilor, malformaţiilor şi monstruozităţilor.

TERMOANALGEZIA, *semnul.* Absenţa durerii normal provocată de agenţi termici. Semn caracteristic în siringomie-

Scanned with OKEN Scanner

lie, afecţiune în care cavitatea patologică intramedulară sau bulbară distruge căile spinotalamice vehiculatoare ale sensibilităţii termice.

TERMOGRAFIA. Metodă de investigaţie a diferenţelor de temperatură cutanată în cadrul unor tulburări de circulaţie. Utilizează aparate industriale de termoviziune bazată pe cinematografia indirectă a infraroşilor. E. H. Wood, demonstrează valoarea metodei în diagnosticul trombozei de carotidă internă prin depistarea fidelă a unei diferenţe apreciabile de temperatură (de la 0,5 la 3,5°C) a unei zone cutanate frontale interne.

TERMOGRAFIA FACIALĂ, *semnul*. Metodă fidelă pentru punerea în lumină a tulburărilor de circulaţie arterială în tromboza de carotidă internă. Foloseşte o apartură simplă de măsurare a temperaturii, prin contact, care arată o diferenţă de temperatură în medie de 1—3°C între cele două faze frontale supra orbitare interne (triunghiul lui Wood) singurele zone cutanate ale feţii irigate de carotida internă.

TERMOHIPERALGIA, *semnul*. Exagerarea în sens dureros a senzaţilor de cald şi rece. Semn prezent în leziuni iritative meningoencefalitice sau de neuron periferic.

TEROAREA NOCTURNĂ INFANTILĂ. Stare de agitaţie nocturnă, terifiantă şi necontrolată, ce survine între 3—6 ani, generată obişnuit de tulburări în sfera gastrointestinală, sau în legătură cu o puternică hiperemotivitate constituţională, rar de natură epileptică.

TESTUL DE DIPLOPIE WILLIAMS. Examen oftalmologic folosit în diagnosticul obectiv al dipopliei. În camera obscură în faţa unei lumînări bolnavul, la 4 m. depărtare, o priveşte cu ochiul drept printr-o sticlă colorată iar cu cel stîng liber. Nesuprapunerea imaginilor testează diplopia.

TESTUL MÎNĂ-OCHI-URECHE HEAD. Formă a planotopokineziei din leziunile parietale stîngi. Tulburare somatognozică sub forma unei erori de execuţie a mişcării în raportul ei cu reprezentările spaţiale.

ŢESUTURI MOI PERICRANIENE, *examen radiologic*. Se face prin metoda radiografiei tangenţiale. Metoda este nebănuit de utilă în orice afecţiune ce interesează ţesuturile moi cu regiunea osoasă învecinată (fracturi craniene penetrante şi nepenetrante, tumori şi chisturi ale tegumentelor şi ţesutului subcutant, tumori vasculare, tumori osoase, coles teatom epidermoid, bose în general). Printr-un joc al regimului de penetraţie al razelor, examenul pune în evidenţă originea leziunilor şi direcţia de propagare a lor.

TETA, *e.e.g.* Vezi activitate lentă.

TETANIA, *sindromul*. Formă de contractură musculară întîlnită în insuficienţa paratiroidiene. Contractura, precedată obişnuit de senzaţii subiective particulare ale extremităţilor se instalează la acest nivel, imobilizînd la mîini degetele în clasica poziţie de mînă de mamoş, iar la picioare flexiunea forţată a degetelor cu ecvinism.

TETANOS, *acţiunea toxinei*. Este discutabilă acţiunea toxinei tetanice asupra interneuronului medular al lui Renshaw şi ca o acţiune mai largă asupra substanţei reticulate a sistemului nervos central. La nivelul măduvei tetanosul provoacă o supresiune a inhibiţiei sinaptice a interlocutorului Renshaw printr-un proces de opoziţie sau competiţie a toxinei tetanice cu mediatorul colinergic. La nivelul substanţei reticulate rămîne curioasă asemănarea între excitaţia reticulară activatoare şi exacerbarea stării de veghe din tetanos.

TETANOS HIDROFOB. Formă de tetanos care-şi face debutul prin contracturi violente a musculaturii deglutiţiei în

Scanned with OKEN Scanner

momentul înghiţirii sau numai la vederea unui lichid, aşa cum se întîmplă în turbarea umană.

TETRAPLEGIA, *sindromul.* Sinonim cvadriplegia. Reprezintă paralizia de intensitate variabilă a celor patru membre. Se întîlneşte în afecţiuni infecţioase, toxice şi alergice ale neuronului motor periferic (polinevrite, poliradiculonevrite) ca şi în atingerile centrale de aceeaşi natură, sau tumorală (mielite, encefalomielite, compresiuni cervicale etc.).

TESAURISMOZA. Sinonim boală de acumulare. Cuprinde o serie de boli dismetabolice determinate prin depuneri în celulele ţesuturilor a unor derivaţi metabolici lipidici sau glucidici. Din această grupă fac parte pînă în prezent idioţia amaurotica, glicogenoza von Gierke, boala Niemmand-Dick, boala Gaucher, boala Hand-Schuller-Cristian.

THÉVENARD, *boala.* Vezi acropatia ulceromutilantă familială.

THOMALLA, *boala.* Spasm de torsiune familial în care degenerescenţa hepatolenticulară a fost pusă în evidenţă.

THOMAS, *semnul.* Descris de A. Thomas în sindromul cerebelos, semnificativ pentru punerea în evidenţă a tulburării de distribuire a tonusului muscular. Genunchiul în semiflexiune a bolnavului în decubit dorsal cade inert în afară, în rotaţie externă de partea bolnavă.

THOMSEN, *boala.* Maladie ereditară şi familială cu transmitere dominată, afectînd ambele sexe, caracterizată prin prezenţa unei hipertrofii musculare impresionante ce dă bolnavului un aspect atletic. Anatomopatologic hipertrofia fibrelor musculare priveşte în special sarcolemul. Patognomonică este reacţia miotonică ce apare în momentul execuţiei unui act voluntar, relaxarea muşchilor în activitate fiind dificilă şi lentă (proba deflectării degetelor pumnului strîns la comandă). Fenomenul este general şi determină perturbaţii în activitatea motorie. El poate fi provocat mecanic (percuţia muşchiului cu ciocanul de reflex) sau electric (excitarea muşchiului cu un curent galvanic) manevre care determină tetanizarea musculară locală cu decontracţia lentă. Maladia permite o evoluţie foarte îndelungată.

THROCKMORTOM, *reflexul I.* Descris în 1911 în leziunile căilor piramidale. Constă în determinarea extenziei halucelui prin percuţia cu ciocanul de reflexe a regiunei metatarsofalangiene.

THROCKMORTON, *reflexul II* Descris în 1926 în leziunile căilor piramidale. Constă în determinarea extenziei halucelui prin excitarea feţei lui plantare median de inserţia marelui extensor.

TICUL, *semnul.* Mişcare subită, spontană şi necontrolată, ce survine pe neaşteptate, cu frecvenţă şi intensitate variabilă, apărînd numai în starea de veghe, asupra căreia voinţa se poate impune pasager, însă incomplect. Este întîlnit la copii după 6—8 ani ca şi la pubertate, mai rar la adult, afectînd în special constituţiile nevropate. Traduce o stare psihomotorie particulară, în care mişcarea este indusă de o activitate psihică specială.

TICUL DURER0S AL FEŢEI. Vezi nevralgia trigeminală.

TICURI STRIATE, *sindromul.* Spasme tonice musculare, localizate obişnuit la faţă, sub forma de blefarospasm, căscat tonic, la muşchii pieloşi (platisma) etc., generate în special de encefalita epidemică sau de striatite vasculare, luetice, exantematice, maladii infecţioase, coreea minoră etc.

TIETZE, *sindromul.* Descris de Tietze la o tumoare dureroasă situată la limita os-cartilagiu a celei de a 2-a coastă. Ea poate fi întîlnită şi la nivelul celorlalte coaste. Excrescenţa dureroasă, ia naştere la nivelul unor fracturi mici sau a unor infarcizări osoase de natură diferită. Tu-

Scanned with OKEN Scanner

mefacţia dureroasă poate avea o evoluţie prelungită, în funcţie de cauză.

TIGMANESTEZIE. Termen întrebuinţat rar, desemnînd anestezia tactilă.

TIMOM. Tumoră benignă sau malignizată a timusului prezentă pînă la 40% din cazurile de miastenie gravă. Înlăturarea procesului proliferativ înainte de al 4-lea an de evoluţie poate aduce remisiunea bolii.

TIMP DE REACŢIUNE, *e.e.g., latenţă.* Intervalul între o stimulare şi efectul ei. În e.e.g. între sistemul şi blocarea activităţii alfa sau mii, de exemplu : timp de adaptare, intervalul în care activitatea preexistentă reîncepe, deşi stimulul continuă ; timp de perseverare, timpul de la încetarea stimulării pînă la repartiţiei activităţii preexistente.

TINEL, *semnul.* Întîlnit în sindromul tunelului carpian. Constă în determinarea unei disestezii fulgerătoare în primele patru degete ale mîinii afectate prin percuţia feţei anterioare a pumnului cu ciocanul de reflexie.

TINEL-HOFFMAN, *semnul.* Folosit în explorarea funcţională a unui nerv periferic traumatizat. Compresiunea sau percuţia nervului sub nivelul leziunii nu determină, în cazul unei secţiuni fiziologice, senzaţia de furnicătură, normal obişnuită.

TINNITUS, *semnul.* Senzaţie acustică sub formă de vîjîială unilaterală, semn precoce în neurinomul acustic. Bilateral şi însoţit de senzaţie vertiginoasă puternică, evocă vertijul Ménière.

TODD. Paralizia Todd reprezintă deficitul rezidual motor decelabil în faza de comă profundă epileptică sau, mai curînd, cînd cunoştinţa începe să revină.

TOMOGRAFIA. Este o metodă radiografică ce se execută cu o instalaţie specială (tomograf) ce foloseşte principiul de a şterge imaginile straturilor supra şi subiacente unei secţiuni dorite. Este o adevărată „spălare" a straturilor ce dau imagini parazite, izoînd o singură secţiune ce urmează a fi examinată. Examenul se compune dintr-o serie de imagini succesive luate la distanţe şi grosimi dorite. Metoda este deosebit de utilă în examinarea bazei craniului şi a coloanei vertebrale.

TONI-DEBRET-FANCONI, *sindromul.* Afecţiunea copilului caracterizată prin rahitism de apariţie rapidă şi tulburări metabolice cu glicozurie, aminoaciduric şi cistinurie. Afecţiunea în afara tulburărilor osoase evidente, se însoţeşte de stare proastă, cefalee, vomismente şi astenie permanentă. Pare a fi datorată atingerii fosfatazei alcaline a celulelor renale de la nivelul proximal al tubilor contorţi care acţionează asupra resorbţiei glucozei, aminoacizilor şi asupra fosforului şi are contingenţe chimice, biologice cu intoxicaţia saturnină la copii.

TONUS DE REPAUS. În repas există o tensiune a muşchiului realizată prin reflexul miotatic, a cărei activitate şi rezolvare este influenţată de diverse structuri de organizare motorie printre care şi cerebelul.

TOPOANESTEZIA, *semnul.* Prezent în leziunile căilor conductoare ale sensibilităţii tactile. Constă în punerea în evidenţă a abolirii sensibilităţii tactile şi în special a defectului de localizare tactilă a unei excitaţii.

TORTICOLIS GRISEL. Vezi Grisel.

TORTICOLIS OCULAR. Atitudinea vicioasă a capului, faţa privind în sus sau în jos, înclinată pe un umăr, determinată de efortul de a evita diplopia, în cazul unei oftalmoplegii congenitale cu interesarea unui drept superior, inferior sau unul din oblici.

TORTICOLIS SPASMODIC, *boala.* Cu o frecvenţă apreciabilă, determinată de cauze încă neconcludente, printre care encefalita epidemică, leziuni periferice, cauze psihogene, uneori şi ereditatea, boala

Scanned with OKEN Scanner

exprimă o disfuncţie extrapiramidală cu sediul lezional încă incomplet elucidat (lenticular). Apare la adolescenţă şi se permanentizează pînă la bătrîneţe. Hipercinezia generată este un spasm tonic muscular ce se produce intempestiv, provocînd rotaţia şi înclinarea capului întotdeauna de aceeaşi parte. Muşchii sternocleidomastoidian şi trapez sînt proeminenţi de partea corespondentă, printr-o contracţie accentuată şi uşoară hipertrofie.

TORULA, MENINGOENCEFALITA *boala*. Vezi meningoencefalita cu Torula, boala.

TOULOUSE-VULPAS, *semnul*. Este un reflex labial semnalat în sindromul pseudobulbar. Constă în determinarea contracţiei buzelor cu aspectul de bot prin percuţie cu ciocanul de reflexe sau simplu cu degetul mediu a buzei inferioare pe linia mediană.

TOURAINE, *boala*. Sinonim lentiginoza centrofacială neurodisrafică, afecţiune cu caracter frecvent familial şi cu transmisie ereditară, descrisă în 1941. Se caracterizează prin semne cutanate, nervoase, psihice şi osoase. Este caracteristică prezenţa unui număr variabil de pete lenticulare pe centrul feţei, nas şi obraji. S-au descris neurologic epilepsia şi hemipareze obiective iar psihic mai frecvent oligofrenia. Anomaliile osoase ca fruntea olimpiană, bolta în ogivă, disrafii vertebrale, torace înfundat cu lipsa apendicelui xifoid etc., completează tabloul clinic.

TOURAINE, *boala*. Sinonim melanoblastomul neurocutanat. Se caracterizează prin prezenţa de melanoblastoame cutanate şi de melanoză a leptomeningelui care în anumite cazuri de formă tuberoasă, se însoţeşte de crize epileptice şi tulburări psihice.

TOXOPLASMOZA. Vezi embriopatia toxoplasmotică.

TOXOPLASMOZA DOBÎNDITĂ, *boala*. Puterea de răspîndire a protozoarului cu o mare rapiditate în diferite organe şi pătrunderea în interiorul celulelor pentru a se reproduce, explică polimorfismul simptomatologic (stomatită, gastroentrocolite, limfadenită, iar la planul nevraxului encefalită, encefalomielită, polinevrită etc.). Elementul constant care serveşte de fond dezvoltării diferitelor focare succesive de leziuni neurologice este tabloul psihic, permanent şi progresiv. O formulă neurologică polisimptomatică, cu semne de localizări multiple, cu semne lichidiene de tip flogistic, cu mărirea sedimentaţiei şi cu testul lui Sabin-Feldmann pozitiv, răspunde diseminării parazitului aproape ubiquitar în substanţa nervoasă, cu mers progresiv în termen scurt spre exitus.

TRASEU ELECTROMIOGRAFIC. Indică aspecte diferite după gradul efortului : traseu simplu obţinut printr-o contracţie uşoară, arată activitatea unei singure U.M. dacă se obţine contractul cu aceasta ; traseul intermediar obţinut printr-o contracţie mai puternică, prezintă alături de potenţialul primei U.M. mai amplu, şi potenţialele altor unităţi antrenate în activitate ; traseul de interferenţă este un traseu foarte bogat în care nu se mai pot distinge potenţialele unei singure U.M. ; traseul de contracţie maximă cu contra rezistenţă se prezintă sub forma unei unde sinusoidale cu frecvenţa de 40—60 cicli, datorit sincronizării în aceste condiţii a activităţii motoneuronilor spinali. Acest aspect este numit şi ritmul Piper. Dar aspectele variază după starea patologică şi găsim : trasee neurogene (în patologia motoneuronului spinal), trasee miogene, trasee endocrinometabolice şi traseele de leziune encefalică.

TRASEUL PLAT, *e.e.g.* Activitatea cu amplitudine sub 20 microvolţi.

TREMURĂTURA CEREBELOASĂ. Pusă în evidenţă prin semnul indice-nas. Are caracter intenţional, lipseşte în repaus, apărînd în special la sfîrşitul mişcării vo-

Scanned with OKEN Scanner

luntare cu oscilaţii mari, 4—5 pe secundă. Se explică prin pierderea echilibrului de tonus al antagoniştilor necesar îndeplinirii oricărui act voit, al cărui control ţine de funcţia homolaterală a cerebelului.

TREMURĂTURA EREDITARĂ. Afecţiune familială şi ereditară, datorată probabil unei anomalii constituţionale a sistemului striat, caracterizată prin apariţia posibilă la orice vîrstă a unui tremur cu localizare obişnuită la cap şi extremităţi, fără caractere semiotice patognomonice cu privire la frecvenţă, amplitudine, incidenţa la repaus sau activitate.

TREMURĂTURA IDIOPTICĂ. Apare în forme juvenile, esenţiale, familiale sau senile. Este o tremurătură de acţiune, în repaos neexistînd nici o deplasare a segmentelor atinse. Au evoluţie progresivă şi se accentuează în stările emotive.

TREMURĂTURA DE REPAUS. Prototipul este tremurătura parkinsoniană, foarte manifestă la extremităţi, în special la mîini, unde agitaţia permanentă, dar regulată a degetelor imită număratul monedelor, fărîmiţatul pîinii sau pregătitul pilulelor. Dispare în timpul acţiunilor voluntare, şi se amplifică în urma oboselii şi emoţiilor.

TREMURĂTURA SENILĂ. Tip de tremurătură mixtă în care componentele de repaos şi de acţiune coexistă. În repaus este localizată obişnuit la mîini şi la faţă. Se amplifică în mişcare şi în fixarea atitudinilor.

TRIGGER-ZONE. Zonă cutanată sau mucoasă a cărei atingere instrumentală, manuală sau prin alimente, declanşază accesul dureros în nevralgia trigeminală.

TRIORTOCRESYLFOSFAT, *intoxicaţia*. Intoxicaţia semnalată în special după primul război mondial prin ingerarea ingredientelor în a căror compoziţie intră triortocresylfosfatul. Cea mai masivă epidemie a fost semnalată în nordul Africii prin folosirea uleiului de maşină la prăjitul cartofilor. Expresia clinică curentă este polinevrita senzitivomotorie care apare la 2—3 săptămîni după ingerarea toxicului. Rareori s-a semnalat apariţia paralelă de atingere a neuronului central cu discretă spasticitate, hiperreflectivitate patelară şi tulburări sfincteriene.

TRISMUS, *semnul*. Reprezintă imposibilitatea de a deschide gura în afara existenţei oricărei artrite, ankiloze temporomandibulare sau miozite a muşchilor masticatori, determinată de afectarea nervului trigemen motor prin procese infecţioase, ca tetanosul, angine, parotidite urliene, uneori chiar infecţii otice, afecţiuni dentare sau intoxicaţia cu stricnină.

TRIUNGHIUL LUI WOOD. Zonă frontală supra orbitară internă, singura de pe întreaga faţă irigată de o ramură a carotidei interne (oftalmica). Baza triunghiului este sprînceana sau pleoapa superioară, latura internă se suprapune strict pe linia mediană iar a treia latură nu depăşeşte niciodată partea externă a frontalului.

TROELL-JUNET, *sindromul*. Constituit din combinarea unei maladii a lui Basedow cu o hiperostoză frontală internă difuză. Apare exclusiv la femei şi se caracterizează printr-o simptomatologie combinată a celor două afecţiuni.

TROEMNER, *semnul*. Descris în 1912 de Troemner în leziunile căilor piramidale. Se pune în evidenţă prin percuţia cu ciocanul de reflexe a feţei palmare a degetelor 3 şi 4 situate în semiflexiune. Flexiunea celorlalte degete inclusiv a policelui prin această manevră atestă pozitivitatea semnului.

TROFEDEMUL LUI MEIGE, *boala*. Manifestare trofică a dermului datorită probabil unei tulburări de reglare vasomotorie a limfaticelor, caracterizată prin apariţia unui edem alb, dur, incolor, segmentar, unilateral şi cronic, în special la membrele inferioare. Maladia începe în

Scanned with OKEN Scanner

copilărie şi aparţine în special sexului feminin, cu un caracter obişnuit familial şi ereditar.

TROFONEVROZA FEŢII, *maladie.* Vezi maladia lui Romberg.

TROMBANGEITA OBLITERANTĂ CEREBRALĂ, *boala.* Sinonim boala lui Winiwarter-Buerger. Afectează practic sexul masculin evoluînd în pusee şi determinînd focare multiple cu simptomatologie în funcţie de teritoriul atins şi cu caracter frecvent ictal. La suferinţa deficitară emisferică, cu hemiplegie, afazie, hemianopsie etc., se pot adăuga tulburări psihice pînă la demenţa presenilă. Tulburările concomitente ale circulaţiei periferice pun pecetia diagnosticului.

TROMBOFLEBITA CEREBRALĂ PUERPERALĂ, *sindromul.* Este determinată de infecţiile puerperale ; posibilă prin existenţa anastomozelor venoase ce leagă circulaţia venoasă uterină cu plaxurile vertebrale şi favorizată de staza în domeniul cavei inferioare prin uterul mărit, poziţia mamei în timpul parturităţii şi decubitusul prelungit. Infecţia avansează spre cavitatea craniană prinzînd venele şi sinusurile cerebrale, unde determină procese de tromboflebită, a cărei întindere condiţionează expresia clinică. Sindromul apare în 1—3 săptămîni de la parturitate, cu stare generală alterată, febră, tulburări nervoase, hemiplegie, epilepsie etc. şi tulburări psihice.

TROMBOFLEBITA SINUSULUI CAVERNOS, *sindromul.* Reprezintă tromboflebita cerebrală localizată la sinusul cavernos, determinată de embolii septice cu punct de plecare obişnuit în vecinătate (inflamaţii ale cavităţilor feţei). De regulă, manifestarea clinică e unilaterală prin alterarea stării generale cu febră, frison, curbatură şi semne locale, ca edem palpebral şi conjunctival, pareza muşchilor extrinseci ai globului ocular, exoftalmie cu edem papilar. Administrarea intensă a antibioticilor şi a heparinei a schimbat prognoza, anterior extrem de gravă.

TROMBOFLEBITELE CEREBRALE, *sindromul.* Sînt procese inflamatorii ale pereţilor venelor şi sinusurilor venoase cerebrale însoţite de tromboză, propagate pe cale hematică prin embolii metastatice, determinate de infecţii generale (maladii infecţioase) infecţii locale îndepărtate (infecţiuni septice toracoabdominale sau pelviene) sau mai ales de vecinătate (otite, mastoidite, sinuzite, amigdalite ca şi infecţii ale pielii capului şi feţei). Infecţiei, localizării şi întinderii tulburărilor circulatorii cerebrale astfel realizarea le revine varietatea semnelor clinice. Debutul obişnuit acut sau subacut se exprimă prin alterarea stării generale cu febră, semne de inflamaţie meningiană, tulburări nervoase, paralizii, epilepsie şi tulburări psihice. După localizarea procesului tromboflebitic se descriu sindroame variate care poartă numele sectorului venos afectat : tromboflebita sinusului longitudinal, cavernos, a venelor lui Galien etc.

TROMBOZA ARTEREI CAROTIDE INTERNE, *sindromul.* Determinată de dezvoltarea trombosului pe plăci ateromatoase preexistente, pe modificări parietale vasculare infecţioase sau traumatice la bolnavi la toate vîrstele, bătrîni în special, cu tulburări ale dinamicei cardiocirculatorii sau purtători de anevrisme. Clinic, apar semne premonitorii cu caracter iterativ cu mult timp înaintea marelui accident, sub formă de ameţeli trecătoare, disfazii, ambliopii pasagere, hemipareze efemere etc. Sindromul major se instalează brusc, acut, subacut sau cronic, reprezentat prin hemiplegie controlaterală de intensitate variabilă, însoţită sau nu de manifestări oculare vegetative (iritarea simpaticului pericarotidian de procesul trombotic) sau de acuitate vizuală (sindrom opticopiramidal Radovici-Lascu.)

TROMBOZA CEREBRALĂ, *examen radiologic.* Sinonim endarterita obliterantă,

Scanned with OKEN Scanner

se caracterizează printr-un trombus ce întrerupe total sau parţial circulaţia cerebrală. Se poate produce la orice nivel al arborelui circulator, arterial sau venos. Oprirea sau încetinirea fluxului sanguin al arterei carotide interne sînt urmate de apariţia unui circuit de compensaţie, o adevărată circulaţie de înlocuire, dezvoltată pe anastomozele circulaţiei controlaterale. Diagnosticul trombozelor este exclusiv un diagnostic angiografic. Tehnica angiografiei obişnuite, prin puncţie percutană a carotidei nu este indicată în trombozele joase ale arterei carotide primitive, situate mult sub bifurcaţie, decît dacă se asigură ca pe radiografie să se cuprindă o porţiune cît mai lungă din arteră. Diagnosticul de tromboză din regiunea cervicală nu se poate confirma decît dacă imaginile obţinute îndeplinesc anumite condiţii : vîrful acului să fie vizibil, bine introdus în lumenul vascular ; puncţia să fie făcută în carotida primitivă, sub nivelul bifurcaţiei ; artera tiroidiană superioară să fie opacifiată. Pentru trombozele situate endocranian, imaginile radiografice trebuie să fie seriate, înregistrînd circulaţia întreagă, de ducere şi întoarcere. Ele trebuie să înregistreze oprirea bruscă sau treptată a coloanei opace, vidul circulator dincolo de punctul de oprire a coloanei de contrast şi circulaţia de înlocuire. Fără această triadă simptomatică diagnosticul nu poate fi afirmat.

TROMBOZA VASCULARĂ CEREBRALĂ, *boala*. Reprezintă obliterarea unui vas cerebral printr-un proces ateromatos organizat embolii, sau prin arterie de origine variată, cu infarctizarea substanţei cerebrale dependente şi realizarea unui tablou clinic în funcţie de teritoriul ischemiat. Ocluzia arterei carotide înglobează o treime din totalul accidentelor vasculare cerebrale. Clinic se poate vorbi de o simptomatologie premonitoare, cu crize intermitente de insuficienţă circulatorie cerebrală, cu vertij, afazie şi hemipareză trecătoare, după care, în mod lent sau cel mai adesea brutal, cu, sau obişnuit, fără comă, apare hemiplegia. Diagnosticul de ocluzie de arteră carotidă beneficiază de proba majoră prin arteriografie intracraniană cu soluţie de contrast. Oftalmodinamometria poate aduce indicaţii valoroase prin evidenţierea hipotensiunii arterei centrale a retinei de partea afectată. Ocluzia sistemului vertebrobazilar înglobează aproape 20% din totalul cazurilor decedate prin accidente vasculare cerebrale. Tromboza trunchiului bazilar recunoaşte, obişnuit, două etape clinice, prima, mai mult sau mai puţin îndelungată, cu crize intermitente şi trecătoare cu aspect de veritabilă claudicaţie vasculară pasageră, caracterizată prin apariţia de senzaţii vertiginoase, hemipareze uneori în basculă, tulburări de coordinaţie, de vorbire sau de vedere ce survin în accese repetitive. A doua etapă caracterizează suferinţa organică a trunchiului cerebral, în care apar tulburări de conştinţă ce pot merge pînă la starea de comă prin angajarea substanţei reticulate, semne piramidale uneori bilaterale, pareze, paralizii, atingeri de nervi cranieni foarte frecvente, în special ale motorocularilor şi facialului, mioza bilaterală fiind patognomică. Se adaugă semne de tip pseudobulbar prin prinderea fasciculului geniculat, cu plîns spasmodic, disfagie şi disartrie, semne de suferinţă senzitivă cordonală, semne cerebeloase prin prinderea căilor cerebeloase ca şi a emisferelor cerebeloase, hemianopsie uneori prin ischemia în domeniul arterelor cerebrale posterioare şi în fine tulburări vegetative, cu apariţia unui sindrom Claude-Bernard-Horner, uneori, în formele grave, alterări ale ritmului respirator, cu respiraţie Cheyne-Stokes, tahicardie şi hipertermie.

TROUSSEAU, *semnul*. Sinonim semnul garoului. Întîlnit în tetanie ca expresie a creşterii tonusului neuromuscular. Constă în apariţia unui spasm tonic al degetelor mîinii, ce se adună unul lîngă altul, toate

Scanned with OKEN Scanner

în extensie, simulînd mîna de mamoş, prin aplicarea garoului pe braţul respectiv timp de minimum 3 minute.

TUBERCULOM CEREBRAL. Leziune expansivă de natură tuberculoasă, localizată obişnuit în hemisferele cerebrale, trunchiul cerebral şi cerebel. Obişnuit izolat, de mărime variabilă pînă la dimensiunile unui ou de porumbel, de formă rotundă, cu conţinut cazeos, înconjurat de un ţesut cu granulaţii tuberculoase şi noduli miliari. Se însoţeşte de simptomele unei tumori cerebrale cu semne de focar în raport cu sediul leziunii.

TUMURA DORSALĂ A MÎINII REMAK. Descrisă de Remak în paraliziile vechi de nerv radial. Localizată pe faţa dorsală a mîinii, este expresia unei tulburări trofice, determinată de hiperplazia şi aderenţa tendoanelor extensorilor şi a tecilor lor sinoviale pe oasele metacarpului.

TUMORA GLOMICĂ A LUI MASSON. Mici formaţiuni tumorale de structură histologică corespunzătoare ţesutului glomic, ce se dezvoltă pe ramificaţiile fine ale nervilor periferici, în special la extremitatea membrelor, subunghial, la picioare şi mîini. În aceste condiţii formaţiunea realizată, de culoare albăstruie, este cauza unor senzaţii dureroase, fulgulante şi foarte penibile.

TUMORI INTRAMEDULARE. Frecvenţa între 10—15% din totalul tumorilor medulare. Tipurile anatomopatologice sînt fibrogliomul, ependimogliomul şi tumori complexe apropiabile teratoamelor (chisturi epidermoide, colesteatoame). Pot fi adăugate pentru manifestările lor identice, tuberculii şi gomele sifilitice. Sediul obişnuit este la nivelul segmentului cervical, de la C_5 la C_8, iar vîrsta apariţiei obişnuit între 20—40 ani la ambele sexe. Debutul este insidios, cu dureri fără caracter radicular, localizate frecvent la baza gîtului şi în membrele superioare, cu deficit motor iniţial la unul din membrele superioare după care treptat apare paraplegia sau hemiplegia, cu toată simptomatologia piramidală şi tulburări sfincteriene de tipul retenţiei. Lipsesc obişnuit tulburările trofice în afara escarelor. În perioada de stare se notează amiotrofii ale membrelor superioare, paralizia spasmodică a membrelor inferioare şi tulburări de sensibilitate de tipul disociaţiei siringomielice la membrele superioare, la care se adaugă tulburări de sensibilitate globale sub lezionale.

TUMORA PUNGII LUI RATHKE. Vezi craniofaringiomul.

TUNELUL CARPIAN, *sindromul.* Reprezintă leziunea nervului median datorată compresiunii lui prin îngroşarea ligamentului carpian transversal. Întîlnit în special la muncitorii manuali şi la femei după vîrsta de 40 ani, sindromul se caracterizează clinic prin atrofia abductorului şi opozantului policelui, însoţită de parestezii, dureri şi tulburări de sensibilitate obiective.

TURBAREA CALMĂ, *boală.* Formă clinică a turbării umane în care lipsesc zgomotoasele semne ale fazei de excitaţie. Se caracterizează prin abatere, greaţă, vomismente, somnolenţă, febră cu leucocitoză, bolnavul sfîrşind prin sincopă mortală.

TURY, *semnul.* Întîlnit în sciatica nevralgică. Constă în determinarea unei dureri vii de-a lungul sciaticului, prin extensia pasivă bruscă a halucelui respectiv.

Scanned with OKEN Scanner

U

UNGHIUL PONTOCEREBELOS, *examen radiologic*. Poate fi locul unor tumori reprezentate prin : neurion al acusticului (tip Henschen sau tip Brünner), neurinom al trigemenului, colesteatom al unghiului, meningiom al unghiului, neurinom al facialului. Toate aceste procese produc modificări la nivelul vîrfului stîncii şi al conductului auditiv intern. Pentru studiul complet al acestor modificări, indiferent de tipul tumorii se vor utiliza incidenţele ţintite pe stîncă şi metode radiologice cu mijloace de contrast. Din prima serie fac parte obligatoriu : incidenţa faţă dreaptă ; incidenţa occipitozigomatică (Stenvers sau Chaussé IV), incidenţa frontosuboccipitală sau semiaxială ; incidenţa axială (Hirtz), tomografie ; radiografii mărite. Ca metode radiografice cu mijloace de contrast se vor folosi arteriografia vertebrală, pneumoencefalografia tracţionată şi dirijată, care se va face cu toate precauţiile necesare.

UNITATE MOTORIE, U.M., E.M.G. Element funcţional neuromuscular compus din : neuronul motor din coarnele anterioare ale măduvei, axonul cu ramificaţiile sale la mai multe fibre musculare, (între 4—5 la muşchi pentru mişcări fine, precise, ai ochiului, pînă la aproape 150 la cei scheletici), şi fibrele musculare, a căror contracţie se face simultan, generînd un potenţial electric.

UNVERRICHT-LUNDBORG, *boala*. Sinonim epilepsia mioclonică familială, mioclonia epileptică familială. Afecţiune familială şi ereditară cu caracter recesiv, debut în copilărie, cu evoluţie progresivă, asociind clinic epilepsia, miocloniile şi demenţa. Sfîrşitul bolii se face în rigiditate şi caşecsie.

UVEOMENINGITA. Reacţie inflamatorie neurooculară, de origine virală în majoritatea cazurilor. Probabil este în cauză un ultravirus cu afinitate pentru uvee şi meninge, ambele ţesuturi avînd aceeaşi origine embrionară. Leptospiroza şi reticuloendotelioza se numără printre etiologiile cunoscute.

Scanned with OKEN Scanner

V

VACCINAREA ANTIRABICĂ, *accidente nervoase*. Schematic se pot distinge patru tipuri clinice după dominanta sectorului nervos afectat : 1) nevrită izolată, radială, cubitală, sciatică, facială şi mai ales optică ; 2) poliradiculonevrita, adesea extensivă, realizînd o paralizie ascendentă tip Landry ; 3) mielita dorsolombară, cel mai frecvent aspect al determinărilor centrale ; 4) encefalita sau encefalomielita. Leziunile anatomopatologice, asemănătoare celor întîlnite în encefalomielita alergică experimentală, sugerează ideea unei agresiuni de origine imunologică, mecanism patogenic acceptat în majoritatea cazurilor.

VAGOTONIA, *sindromul*. Sinonim hipertonia parasimpatică. Semnalată în special la bărbat care prezintă următoarele tulburări viscerale neorganice : cardiace (jenă precardiacă, bradicardie cu tendinţă la aritmie sinusală, tendinţă la sincopă cu ocazia emoţiilor, micţiunii, defecaţiei sau colicelor şi cu reflexul oculocardiac pozitiv), respiratorii (ritm lent şi tendinţe la pauză), digestive (constipaţie uneori spastică, aerofagie, colici abdominale, salivaţie, vomismente uşoare) şi genitourinare (sexualitate exagerată). Starea generală rămîne bună iar longevitatea frecventă.

VAIL, *nevralgia*. Determinată de leziuni obişnuit inflamatorii cu caracter iritativ pe traiectul nervului vidian. Se caracterizează prin paroxisme dureroase cu caracter nocturn localizate unilateral la ureche, orbită, nas şi regiunea inferioară a feţei.

VALLEIX *punctele*. Constituie ansamblul de puncte dureroase determinate prin compresiunea unui nerv la nivelele sale cele mai sensibile, ca emergenţa trunchiului nervos, traversarea muşchilor, traiectul superficial sau sediul ramificaţiilor sale. Diagnosticul de nevralgie beneficiază de determinarea acestor puncte.

VAN BOGAERT, *boala*. Vezi leucoencefalita sclerozantă subacută, maladia.

VAN BOGAERT, *sindromul*. Sinonim sindromul paratrigeminal al simpaticului ocular. Constă în algii cu anestezie corneeană care întregesc simptomatologia sindromului Claude-Bernard-Horner. La baza acestui sindrom se află, de obicei, un proces de osteită.

Scanned with OKEN Scanner

VAN BOGAERT *şi* EPSTEIN, *boala.* Este o dismetabolie colesterolică cerebrotendinoasă. Afecţiunea apare în cadrul familial, atingînd cu predilecţie sexul feminin. Se caracterizează prin întîrziere mintală, paraplegie spasmodică cu amiotrofii, mioclonii, tumori tendinoase uşor mobilizabile şi indolare, la care se adaugă cataracte, xantoame palpebrale, cifoscolioză şi osteoporoză. Histochimic se pune în evidenţă o bogată inmagazinare de lipide şi colesterol în cerebel, fibrele în U şi pedonculii cerebrali.

VAN BOGAERT *şi* NYSSEN, *boala.* Reprezintă forma tardivă a leucodistrofiei familiale progresive. Apare după 40 de ani, fie prin paraplegie cu tulburări pseudobulbare, fie prin tulburări psihice cu prăbuşire mintală fără remisiune. Atrofia optică este constantă. Evoluţia merge fatal spre exitus în 6—12 ani.

VANZETTI, *semnul.* Semn distinctiv pentru afecţiunile nervului sciatic. Se pune în evidenţă prin menţinerea la un plan orizontal a bazinului, indiferent de existenţa vreunei curburi antalgice ale coloanei vertebrale. În afecţiunile coloanei cu scolioză, bazinul ia o poziţie laterală.

VAQUEZ-ESMEIN, *sindromul.* Sinonim epistaxisul meningean. Este o formă clinică a hemoragiei subarahnoidiene de proporţii reduse, generată probabil, de malformaţii vasculare preexistente. Se caracterizează clinic prin migrenă însoţită de parestezi ale extremităţilor, diplopie, dureri radiculare şi uneori dureri sciatice.

VASILESCU, *semnul.* Probă folosită în cercetarea deficitului motor de origine piramidală. Constă în solicitarea bolnavului aflat în decubit dorsal să flexeze simultan ambele gambe cu plasarea plantelor pe pat cît mai în apropierea feselor. De partea afectată planta rămîne în urmă.

VENTRICULOGRAFIA. Metodă radiologică de diagnostic rezervată exclusiv scopurilor neurochirurgicale, caracterizată prin introducerea aerului intracerebral prin puncţie ventriculară după trepanaţie occipitală.

VERGER-DÉJÉRINE, *sindromul.* Este expresia unui ramolisment silvian superficial monoarterial, determinat de leziuni obişnuit ateromatoase sau embolice ale arterei şanţului interparietal. Constă în tulburări senzitive corticale controlaterale, pierderea discriminării tactile, a simţului atitudinii, a stereognoziei şi a topognoziei.

VERNET, *semnul.* Sinonim semnul cortinei. Este determinat de paralizia constrictorului faringian prin leziunea nervului glosofaringian homolateral. Se pune în evidenţă prin gîdelarea faringelui cu ajutorul unui stilet sau coborîtor de limbă. La subiectul bolnav peretele posterior al faringelui se deplasează în masă către partea sănătoasă, întocmai ca o cortină.

VERNET, *sindromul.* Face parte din grupul paraliziilor asociate de nervi cranieni. Afecţiunea interesează nervii cranieni care traversează gaura ruptă posterioară, adică glosofaringianul, pneumogastricul şi spinalul. Clinic sindromul cuprinde tulburări motorii cu paralizia velopalatină, laringee, faringiană, a trapezului şi a sternocleidomastoidianului, tulburări senzitive cu anestezia laringelui şi tulburări sensoriale cu abolirea gustului în treime posterioară a limbii. Cauzele cele mai frecvente ale acestei afecţiuni sînt rănirile prin armă de foc, fractura de bază de craniu şi trombozele venei jugulare.

VENTEBRA DE IVORIU, *simptomul.* Aspect radiologic curios de condensare osoasă, cu imagine marmorată a uneia sau a mai multor vertebre. Se întîlneşte ca simptom radiologic în metastazele canceroase osteoblastice, în maladia lui Hodgkin sau Paget, după procesele inflamatorii ale leucemiilor, în acromegalie, în maladia oaselor de marmoră ca şi în condiţiile anomaliilor osoase benigne.

VERTEBRA OCCIPITALĂ. Existenţa vertebrei occipitale este evidenţiată prin

Scanned with OKEN Scanner

formaţiuni osoase în jurul găurii occipitale, sugerînd fuziunea unei vertebre care ar fi proatlasul, normal absent la om, distinct încă la vertebratele inferioare.

VERTEX, *e.e.g.* Unde ascuţite cu maximum de amplitudine pe vertex, negative faţă de alte arii, asociate deseori cu reacţia de trezire.

VERTIJUL. Senzaţia subiectivă penibilă, determinată de perceperea ireală a deplasării corpului. Apare în leziunile căilor vestibulare ca şi în ischemiile trecătoare din sindromul de insuficienţă circulatorie cerebrală.

VERTIJUL AURICULAR RECURENŢIAL, *sindromul.* Vezi vertijul Menière.

VERTIJUL GALVANIC, *electrodiagnostic.* Este o reacţiune a neuronului lui vestibular în întregime, adică atît a vestibulului ctî şi a nervului vestibular şi a nucleului lui Dieteres. Explorarea se face punînd doi electrozi în faţa tragus-urilor ; la trecerea unui curent de 1—4 miliamperi apare o înclinare a capului spre polul pozitiv, apoi, progresiv şi alte fenomene. Cronaxia vestibulară este de 10—20 milisecunde.

VERTIJUL LABIRINTIC PAROXISTIC. Vezi vertijul Mèniere.

VERTIJUL MÈNIERE, *sindromul.* Generat de o tulburare tensională endolabirintică pendinte de un desechilibru neurovascular cu predominenţă simpatică. Acest adevărat edem de stază labirintică determină, prin afectarea organelor terminale labirintice, crize paroxistice de vertij neobişnuit de penibil, ţiuituri în ureche şi surditate, la care se adaugă greaţă şi vărsături, precum şi o componentă psihică puternic anxioasă. Evoluţia iterativă duce în anumite cazuri la intervenţia chirurgicală cu secţionarea nervului vestibular.

VERTIJUL NESISTEMATIZAT. Senzaţie care nu corespunde impresiei de rotaţie, de ascensiune sau de oscilaţie. Obişnuit de origine vasculară, se traduce clinic prin torpoare trecătoare, lipsă de siguranţă în mers sau în staţiunea şezîndă, senzaţie de teamă, de leşin iminent, de titubaţie etc.

VERTIJUL DE ORIGINE CENTRALĂ. Apare frecvent în sindroamele vasculare de trunchi cerebral. Se manifestă fie printr-un vertij rotator, fie sub forma unor impresii desagreabile nesistematizate, determinate de schimbările poziţiei capului. Se diferenţiază de vertijul periferic prin absenţa semnelor cocleare asociate, a semnului lui Romberg şi a deviaţiei segmentare.

VERTIJUL PARALIZANT GERLIER. Afecţiune proprie unor regiuni din Elveţia şi Japonia, caracterizată prin paroxisme estivale de vertij şi paralizii musculare.

VERTIJUL DE POZIŢIE, *semnul.* Vezi semnul lui Bruns.

VERTIJUL PRIN STREPTOMICINOTERAPIE. Apare în tratamentele îndelungate cu cantităţi mari de streptomicină (1,50—2 g zilnic). Se caracterizează prin tulburări mari de echilibru însoţite de areflexie la toate probele vestibulare. A fost considerat iniţial ca o tulburare vestibulară periferică. După cercetări mai recente pare a fi însă generat de atingerea căilor vestibulare centrale sau a nucleilor. Încetarea terapiei cu acest antibiotic este recomandată.

VEZICA NEUROGENĂ, *sindromul.* Sub acest termen se înţeleg tulburările funcţionale vezicale consecutive atingerilor sistemului nervos central, periferic sau a nervilor şi ganglionilor vezicali intrinseci (Boyarsky).

VIGILAMBULISMUL, *semnul.* Vezi automatismul ambulator.

VILLARET, *sindromul.* Sinonim sindromul spaţiului subparotidian posterior.

Scanned with OKEN Scanner

Face parte din grupul paraliziilor asociate de nervi cranieni. Afecţiunea interesează, ca şi în sindromul lui Sicard şi Collet, glosofaringianul, pneumogastricul, spinalul şi hipoglosul, la care se adaugă şi angajarea lanţului simpatic cervical. Se manifestă clinic prin tulburări motorii (paralizia velopalatofaringolaringee, a trapezului, a sternocleidomastoidianului şi a limbii), tulburări senzitive (anestezia laringiană), senzoriale (abolirea gustului în treimea posterioară a limbii) şi vegetative (sindrom Claude Bernard Horner asociat, cu discret ptozis, mioză şi enoftalmie). Cauzele obişnuite acţionează asupra lojei retroparotidiene, tumori, traumatisme, inflamaţii etc. Sindromul mai poate apare în afecţiuni osoase ale bazei craniului, decelabile prin radiografia craniană în poziţia Chaussé II ca şi în anumite polinevrite superioare.

VÎRF, *e.e.g.* Undă rapidă cu o durată de 1/12 secunde ; uneori o simplă linie verticală ; undă evocată sau semn de excitaţie crescută.

VOGT C., *boala.* Vezi status marmoratus, boala.

VOGT-KOYANAGI, *sindromul.* Uveomeningită adesea asociată bolii lui Harada, la care adaugă tulburări ale fanerelor sub formă de alopecie sau poliozâ.

VOGT-JCHKAVA, *sindromul.* Afecţiune cu expresie neuropsihosensorială care asociază concomitent sau progresiv idioţia, paralizii diverse, retinita pigmentară şi amauroza.

VOGT-SPIELMEYER, *boala.* Este forma juvenilă a demenţei familiale cu amauroză (Tay-Sachs). Apare între 5—15 ani cu semne progresive de demenţă, amauroză şi paralizii. Evoluţia merge spre exitus în 2—3 ani. Etiologia este încă necunoscută.

VOLTAJ MIC RAPID, *e.e.g.* (L.V.F. =low voltage fast). Activitate e.e.g. rapidă, nu mai amplă de 20 microvolţi.

VOMISMENTUL CEREBRAL, *semnul.* Întîlnit obişnuit în hipertensiunile intracraniene, consecinţe ale unor factori proliferativi înlocuitori de spaţiu, cu o localizare în special în fosa posterioară. Survine de regulă fără greaţă, mai frecvent dimineaţa, după eforturi mici, schimbări de poziţie sau însoţind obişnuitele crize cefalalgice. Uneori apare în adevărate rafale, repetate, alteori înlocuit de simplă senzaţie de greaţă sau sughiţ. Traduce acţiunea hipertensiunii intracraniene asupra centrilor bulbari sau un proces de iritaţie labirintică.

VOMITO-NEGRO, *semnul.* În comele vasculare, determinate de leziuni ce afectează regiunea hipotalamică, pot apare hematemeze cu aspect caracteristic, indicînd hemoragii gastrointestinale precoce.

VON GIERKE, *boala.* Este o afecţiune congenitală şi familială caracterizată prin tezaurizarea glicogenului la nivelul organelor interne, ficat, rinichi, miocard, muşchi şi creier. Pare generată de lipsa enzimei glucozo-6-fosfataza, care permite defosforilarea glucozei. Mai frecventă la băieţi, apare în prima copilărie şi se însoţeşte de tulburări de creştere. Se caracterizează clinic prin hipotrofie, slăbiciune generală, nelinişte cu agitaţie, macroglosie şi hipertrofie cardiacă. Evolutiv merge spre exitus în primul an al vieţii.

VULPIAN, *sindromul.* Sinonim sindromul coloanei simpatice dorsale, semnalat în stare pură în morbul lui Pott dorsal. Sindromul reprezintă iritarea coarnelor laterale ale măduvei toracice la nivelul segmentelor T4-T8. Clinic, se manifestă sub formă de parestezii, în special ale membrelor superioare, cu senzaţie de cald sau rece, roşeaţă sau paloare a tegumentelor. Uneori exagerarea reflexului pilomotor.

VULPIAN-PREVOST, *fenomenul.* Semnalat în ictusul apoplectic. Constă în rotarea capului şi devierea ochilor spre emisferul cerebral afectat, bolnavul privindu-şi leziunea.

Scanned with OKEN Scanner

W

WAGNER-UNVERRICHT, *boala.* Vezi dermatomiozita.

WALDENSTRÖM, *boala.* Vezi porfiria intermitentă acută.

WALLEMBERG, *sindromul.* Sindromul cunoscut şi sub numele de sindrom lateral al bulbului sau sindromul retroolivar. Constă dintr-o hemipareză încrucişată tranzitorie, o hemianestezie directă pentru faţă şi încrucişată pentru membre şi trunchiul, rar globală, de obicei disociată de tip siringomielic în diverse variante, un hemisindrom cerebelos homolateral cu lateropulsiune, hipotonie, dismetrie, asinergie şi adiadococinesie, o paralizie homolaterală de voal al palatului, faringelui şi laringelui şi din tulburări oculosimpatice (Claude Bernard Horner). Este realizat printr-un ramolisment al părţii laterale a bulbului în etajul superior, prin obliterarea arterei cerebeloase posterioare şi inferioare (Wallemberg) sau a arterei fosetei laterale a bulbului (Foix, Hillemand şi Schalit).

WALTON, *boala.* Vezi hipotonia congenitală benignă.

WALTON, *clasificarea distrofiilor musculare.* Clasificare bazată pe modul de transmitere : a) transmisia legată de sex în miopatia Duchenne şi miopatia tardivă tip Backer ; b) transmisia autosomală recesivă în miopatia centurilor şi miopatiile congenitale ; c) transmisia autosomală dominantă în miopatia facioscapulohumerală, în miopatia oculară şi miopatia distală ; se mai include o transmisie autosomală dominantă în distrofia miotonică şi în paraliziile periodice.

WARTENBERG, *semnul.* Prezent în paralizia de nerv cubital. Constă în permanenta poziţie de abducţie a degetului mic.

WARTENBERG, *semnul.* Cercetat în sindromul de iritaţie piramidală. În esenţă, este vorba de o modalitate deosebită de a determina apariţia semnului lui Hoffmann. Constă în extinderea pasivă bruscă a ultimelor patru degete ale mîinii, urmată în proba pozitivă, de flexiunea policelui în palmă.

WARTENBERG, *sindromul.* Vezi sindromul temporal al lui Wartemberg.

Scanned with OKEN Scanner

WATERHOUSE-FRIDERICHSEN, *sindromul.* Meningită malignă cu meningococ în cea mai mare parte a cazurilor, survenind în special la copii, cu o evoluţie extrem de gravă.

WEBER, *proba.* Proba de cercetare a audiţiei. Diapasonul de 128 plasat pe vertex provoacă normal o senzaţie auditivă localizată spre mijlocul capului. Lateralizarea de o parte a senzaţiei vibratorii indică o surditate de transmisie.

WEBER, *sindromul.* Hemiplegie alternă superioară prin lezarea la nivelul piciorului pedonculului cerebral a fascicolului piramidal şi a fibrelor radiculare ale perechei a III-a. Cauza cea mai frecventă este ramolismentul pedunculului prin leziuni ale sistemului arterial antero-inferior (ateroscleroză, sifilis etc.) mai rar hemoragii, infecţii ale nevraxului, tumori (evoluţie progresivă fără ictus), traumatisme etc. Constă în paralizia obişnuit totală, uneori parcelară a perechii a III-a de aceeaşi parte cu leziunea şi hemiplegia membrelor şi a feţei de partea opusă.

WEBER, *sindromul îmbogăţit.* Cuprinderea în cadrul leziunii şi a altor elemente anatomice permite îmbogăţirea sindromului clasic cu : hemianestezie globală sau disociată a membrelor (leziunea cordoanelor sensibilităţii) paralizia mişcărilor conjugate ale ochilor, bolnavul privindu-şi membrele paralizate (leziune ce se întinde spre planurile posterioare ale pedonculului) paralizia mişcărilor conjugate de verticalitate (leziunea nucleului median al lui Darkşevici) şi cu hemisindrom cerebelos încrucişat sau direct (leziunea căilor cerebeloase respectiv deasupra sau dedesubtul comisurii lui Werneking).

WEBER, *sindromul redus.* Constă în paralizia disociată a perechei a III-a la care se asociază o hemiplegie încrucişată redusă ca intensitate.

WEEK-END, *paralizia.* Denumire anglo-saxonă acordată paraliziilor prin compresiunea mecanică a radialului cu ocazia excursiilor de agrement. Compresiunea se produce în timpul somnului prin poziţie vicioasă, nervul fiind strîns între două planuri tari.

WEICHBRODT, *reacţie laborator.* Metodă de cercetare calitativă a globulinelor în l.c.r. Este o reacţie de precipitare prin sublimat corosiv. Negativă cu l.c.r. normal, ea devine pozitivă în afecţiuni inflamatorii ca meningite, meningita t.b.c., luesul nervos şi în scleroza în plăci.

WEIR-MITCHELL, *boala.* Vezi eritromelalgia, boala.

WELANDER, *miopatia.* Vezi miopatia distală a lui W.

WERDNIG-HOFFMANN, *boala.* Sinonim amiotrofia spinală infantilă progresivă. Apare în primul an de viaţă, este progresivă şi are frecvent caracter familial. Se caracterizează prin dispariţia mişcărilor voluntare iniţial la membrele inferioare, apoi cuprinde toată musculatura scheletică, areflexie osteotendinoasă, amiotrofii mascate de adipozitate cu retracţii şi poziţii vicioase. Sînt descrise forme bulbare ale afecţiunii. Evoluţia fatală în 5—10 ani prin tulburări respiratorii, infecţii intercurente. Biopsia arată aspectul de degenerare în pete a muşchiului, ceea ce demonstrează neurogeneza atrofiilor.

WERLHOF, *boala.* Vezi purpura trombopenică, boala.

WEST, *paralizia de dimineaţă.* Sindrom paraplegic de instalare brutală, uneori în timpul nopţii, în cadrul maladiei lui Heine-Medin. Este precedat, de obicei, de o fază premonitoare de cîteva zile, cu semne de intensitate variabilă, ca cefalee, rahialgie, tulburări gastrointestinale şi febră 38—39°C.

WEST, *sindromul.* Encefalopatie mioclonică infantilă cu hipsaritmie. Specific primei copilării şi determinat de cauze încă discutabile, sindromul se caracteri-

Scanned with OKEN Scanner

zează clinic prin triada : spasme infantile, deficit psihomotor şi hipsaritmie, elemente indiscutabil valoroase în precizarea diagnosticului. Hipsaritmia, formă de epilepsie minoră, poate apare sub următoarele trei aspecte : crize inhibitoare şi achinetice cu relaxarea bruscă a tonusului postural şi flexiunea anterioară a capului, spasm în flexiune cu flectarea bruscă a trunchiului şi abducţia membrelor superioare şi, în fine, spasmul în extensie dorsală a capului cu căderea pe spate. Afecţiunea fără leziuni anatomopatologice precise, pare a fi datorită unor tulburări metabolice pe un creier alterat diferit. Traseul e.e.g. arată alterări profunde şi difuze cu înregistrarea în asociaţii variabile şi nesincrone a undelor lente şi vîrfuri de amplitudine mare. Terapia cu A.C.T.H. ameliorează mult prognosticul.

WESTERN-HURST, *boala.* Sinonim leucoencefalita hemoragică acută primară, de origine probabil alergică. Este caracterizată anatomopatologic prin leziuni necrotice ale vaselor mici, sufuziuni hemoragice şi leziuni demielinizante.

WESTPHAL, *semnul.* Abolirea reflexelor rotuliene în tabesul dorsal.

WESTPHAL, *sindromul.* Vezi ataxia acută Westphal, sindromul.

WEXLER, *semnul.* Semnalat în sciatică. Constă în aspectul labei piciorului bolnav care, în poziţia în genunchi pe scaun, face unghi drept cu gamba, prin hipotonie musculară regională.

WIDROWITZ, *semnul.* Sinonim „ochi de păpuşă". Semnalat în polinevrita diftерică cu afectarea mişcărilor de acomodaţie şi se caracterizează prin uşoară exoftalmie, monotonie în mişcări şi clipit.

WIEMMER *şi* THOMALIA, *sindromul.* Aspect clinic sub forma spasmului de torsiune al degenerescenţei hepatolenticulare. Variabilitatea localizărilor procesului patologic, a caracterului cînd degenerativ şi necrozant, cînd infiltrativ şi difuz, justifică comportamentul proteiform al acestei maladii.

WILSON, *boala.* Afecţiune familială a tînărului, caracterizată prin semne de atingere clinică şi de leziuni histopatologice ale nucleilor lenticulari, ca şi printr-o ciroză hepatică, foarte adesea atrofică şi clinic latentă.

WINIWARTER-BURGER, *boala.* Vezi trombangeita obliterantă cerebrală.

WITTMAAK, *sindromul.* Vezi degenerescenţa hipertonică a labirintului sindromul.

WOLTMAN, *semnul.* Întîlnit în mixoedem. Constă în caracterul pseudomiotonic al reflexelor osteotendinoase, fără ca vreun alt fenomen clinic al miotoniei să fie prezent în această afecţiune. După percutarea tendonului lui Achile, de exemplu, relaxarea plantei este hipertonică, prelungită şi lentă.

WYBURN-MASON, *semnul.* Semn radiologic preţios în diagnosticul tumorilor medulare vasculare. Constă în înregistrarea sub ecran a pulsaţiilor coloanei de lipiodol sincrom cu pulsaţiile cardiace.

Scanned with OKEN Scanner

Z

ZINGERLÉ, *automatoza.* Vezi automatoza lui Z.

ZIMMERLIN, *boala.* Formă rară de miopatie cu debutul la nivelul muşchilor pectorali de unde difuzează la musculatura centurilor scapulare, asemănîndu-se prin aceasta cu tipul scapulohumeral juvenil Erb.

ZONA, *boala.* Sinonim Herpes-zona. Neuroectodermoză virotică. Virusul înrudit cu cel herpetic şi cel al variolei. Acesta se localizează pe unul sau mai multe segmente radiculoganglionare medulare sau craniene. Clinic, algii penibile şi erupţie herpetică pe metamerul corespunzător localizării nervoase, însoţite de hiperleucocitoză cu eozinofilie sanguină şi hipercitoză în l.c.r. Evoluţie benignă aproximativ în două săptămîni. Recidivele sînt frecvente, afectînd în special acelaşi metamer.

Scanned with OKEN Scanner

Redactor : Vasile Predescu
Tehnoredactor : Ion Stancu-Zane

Tiraj : 9 140. Legate 9 000+140
Bun de tipar : 26.II.1974.
Coli de tipar : 16,250.
CRAIOVA, 1974.

I. P. „Oltenia" Craiova
Str. Mihai Viteazul, nr. 4
Comanda nr. 440

Scanned with OKEN Scanner